FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967

N° 800

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

DJIBO William,

Né le 7 Septembre 1935, à Ouidah (Dahomey).

Présentée et soutenue publiquement le

LA BIOPSIE DE LA PROSTATE PAR PONCTION TRANSPÉRINÉALE.

Président : Mr. ABOULKER, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

DJIBO William,

Né le 7 Septembre 1935, à Ouidah (Dahomey).

Présentée et soutenue publiquement le

LA BIOPSIE DE LA PROSTATE PAR PONCTION TRANSPÉRINÉALE.

Président : Mr. ABOULKER, Professeur.

DUPUYTREN-COPY
9, Rue Dupuytren
Paris (6e)
1967

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534910_0027

UNIV. LEIDEN BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRE (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LEVY (Mlle J.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIEDELIEVRE (R.), QUENU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR : ..... Daniel BARGETON
2me ASSESSEUR : ..... Jean GOSSET

I.- PROFESSEURS

1°)- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a)- Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
-	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
- -	POLONOVSKI (J.)
- -	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)

MM.

Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
- -	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DERÔBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
- -	KUSS (R.)
- -	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
- -	PEQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
-	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétric.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b)- Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)

MM.

Bactériologie ..... BARBIER (P.)
Biochimie médicale ..... DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale ..... BOURLIERE (F.)
Parasitologie ..... LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale ..... LOEPER (J.)
Physiologie ..... (DEJOURS (P.)
(SCHERRER (J.)
Physique médicale ..... (KELLERSHOHN (L.)
(GOUGEROT (L.)
(ROUCAYROL (J.-Cl.)
(TUBIANA (M.
Radiologie médicale ..... FISCHGOLD (H.)

2°)- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a)- Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique ..... DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) ..... REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) ..... SOULIE (P.)
- - (Boucicaut) ..... LENEGRE (J.)
Cliniques chirurgicales (Beaujon ..... LORTAT-JACOB (J.-L.)
(- ..... BAUMANN (J.)
(Cochin ..... LEGER (L.)
(Hôtel-Dieu ..... PATEL (J.)
(Saint-Antoine ..... GOSSET (J.)
(Salpêtrière ..... SICARD (A.)
(Tenon ..... OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin) ..... MERLE D'AUBIGNE (R.)
- - - (Foch) ..... PADOVANI (P.)
- - - (Beaujon) ..... CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) ..... FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ..... DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec) ..... MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis) ..... DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié) ..... DECOURT (J.)

MM.

Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) ..... LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca) ..... HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis) ..... DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..... TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..... MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) ..... DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) ..... BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) ..... CASTAIGNE (P.)

Cliniques médicales
(Bicêtre ..... DEPARIS (M.)
(Broussais ..... MILLIEZ (P.)
(Cochin ..... N...
(Hôtel-Dieu ..... BARIETY (M.)
(Pitié ..... DREYFUS (G.)
(Saint-Antoine ..... CONTE (M.)
(Saint-Antoine ..... KOURILSKY (R.)
(Saint-Antoine ..... BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) ..... MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARCIN (R.)

Cliniques obstétricales
(Baudelocque ..... LACOMME (M.)
(Saint-Antoine ..... MERGER (R.)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
- - (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)

MM.

Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) ..... THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière) ..... SEZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal) ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
- - (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
- - (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
- - (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
- - (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b)- Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... (ANDRE (R.)
(BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
(AZERAD (E.)
(BOUR (H.)
(CAROLI (J.)
(DREYFUS (B.)
(GROSSIORD (A.)
Médecine ..... (LAMBLING (A.)
(LAUNAY (Cl.)
(PAYET (M.)

MM.

Médecine	(PERRAULT (M.)
	(SIGUIER (F.)
	(WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-rhino-laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	(POLONOVSKI (Cl.)
	(ROYER (P.)
Pneumo-phtisiologie	(KREIS (B.)
	(MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	(CARTIER (P.)
	(GONNARD (P.)
	(NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	(COURSAGET (J.)
	(GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

MM.

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV.- PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiolog.	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr. SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M A M É R E

A M O N P É R E

Dont le sacrifice m'a
permis de faire mes
études.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. ABOULKER

Professeur Agrégé de Clinique urologique
de la Faculté de Médecine de Paris

Qui nous fait l'honneur de
présider cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. ROGNON

Professeur Agrégé de Chirurgie

Chirurgien des Hôpitaux

Qui a inspiré le sujet de notre travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour le riche enseignement qu'il nous a prodigué.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIMARD

Professeur Agrégé d'Anatomie pathologique

Biologiste des Hôpitaux

dont les études histologiques nous ont permis de faire ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de nos sincères remerciements.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR Paul VAUCLIN

Chirurgien des Hôpitaux

Chef de Service de Chirurgie Générale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a accueilli dans son Service et nous a fait profiter de son enseignement.

En reconnaissance de sa bienveillante sollicitude et en témoignage de notre profonde admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUCHY

Professeur de Clinique obstétricale

Gynécologue-accoucheur des Hôpitaux

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine Angers - Nantes

dont nous avons eu l'honneur

d'être l'Externe.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Monsieur le Docteur A. JOLY

Monsieur le Docteur J. MALLET

Monsieur le Docteur A. DOUESNEAU

Monsieur le Professeur C.R. MARTIN

Monsieur le Professeur PERTUS

dont nous avons eu l'honneur d'être l'Interne, et qui nous ont guidé dans nos études avec beaucoup de patience et d'affection.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre plus vive reconnaissance.

A NOS MAÎTRES D'EXTERNAT

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ANGERS

Monsieur le Docteur BONHOMME

Monsieur le Professeur DELAITRE

Monsieur le Professeur FRESSINAUD

Monsieur le Professeur HERMAN

Monsieur le Professeur PARSY

Monsieur le Professeur THUAU

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PAYS

LA BIOPSIE DE LA PROSTATE

PAR PONCTION TRANSPÉRINÉALE

Introduction

La difficulté et l'importance du diagnostic précis de la nature de certaines prostates pathologiques ne sont plus à souligner.

De nombreux travaux ont insisté sur cette vérité, montrant en particulier qu'un même aspect clinique peut correspondre à des lésions différentes les unes des autres.

Pour faire ce diagnostic, les moyens ne manquent pas, mais il faut reconnaître qu'aucun n'a une efficacité absolue.

Le toucher rectal garde toute sa valeur, mais si les renseignements qu'il donne permettent d'être affirmatif en présence d'un adénome ou d'une grosse prostate cancéreuse et infiltrante, ils n'apporteront pas de certitude pour une prostate irrégulière et indurée de volume subnormal. Les doutes sont encore plus grands en présence d'un nodule enchâssé dans la glande, puisque JEWETT nous a appris qu'il était de nature maligne une fois sur deux. KAUFMAN, étudiant la valeur du toucher rectal dans une série de cancers de la prostate, ne la déclare exacte que dans 47 % des cancers du groupe A (c'est-à-dire ceux qui sont constitués de nodules isolés) et dans 53 % de ceux du groupe B, caractérisés par des tumeurs limitées à une zone de la glande et ne dépassant pas la capsule. PARRY cite des chiffres analogues. En effet, chez 24 malades, le diagnostic de cancer n'était que probable à cause des zones nodulaires plus ou moins indurées : il trouve 10 cancers et 14 lésions bénignes. Par con-

tre, dans 15 cas où le diagnostic de cancer était improbable, il constate 3 cancers totalement inapparents au toucher rectal et 12 hypertrophies simples. D'ailleurs, même dans les cas où la certitude de cancer paraît évidente cliniquement, comment ne pas garder un doute quand certaines prostatites d'apparence tumorale peuvent fondre en quelques semaines ?

La même relativité se retrouve dans les épreuves radiologiques et biologiques qui ont été décrites pour préciser le diagnostic étiologique d'une prostate suspecte. Par leur réunion et leur multiplication, ils peuvent cerner de plus près la vérité quand ils sont concordants ; par contre, on ne peut tirer aucune conclusion quand les résultats sont normaux ou discordants les uns par rapport aux autres.

C'est pourquoi l'on est amené à rechercher des preuves histologiques qui, seules, peuvent préciser la nature pathologique d'une prostate.

Pour atteindre ce but, des procédés divers ont été recommandés ; ils peuvent se résumer ainsi :

1/- Cytologie.

C'est-à-dire l'étude des cellules de desquamation obtenues après massage de la prostate.

En 1962, P. ABOULKER et ses collaborateurs ont montré le grand intérêt de cette méthode qui, malheureusement, en pratique courante, malgré sa grande simplicité, ne peut pas s'appliquer partout à cause de la compétence et l'entraînement tout particulier que doit avoir le cytologiste à qui sont confiées les préparations ainsi obtenues.

2/- Biopsie à ciel ouvert.

C'est-à-dire après dédoublement chirurgical du périnée pour aborder la face postérieure de la prostate, ce qui constitue une véritable opération avec

une hospitalisation de plusieurs jours ; elle a d'autres inconvénients : l'impuissance sexuelle, en particulier, qui a été constatée dans un certain nombre de cas et dont l'importance est à redouter chez des sujets encore jeunes. Si elle donne les preuves les plus certaines et les plus lisibles de la nature de la prostate pathologique, elle sort cependant du cadre de l'examen dit "para-clinique". D'ailleurs, cette méthode n'est pratiquement pas employée en France. Par contre, pour les urologues américains, elle constitue le premier temps de la prostatectomie totale, si l'examen extemporané du fragment obtenu confirme l'existence du carcinome.

3/- Résection endoscopique.

La résection endoscopique a souvent été conseillée comme moyen de biopsie. Il est vrai qu'elle donne, dans un certain nombre de cas, des résultats utiles. Mais, quand l'examen du copeau conclut à une lésion bénigne, il n'est pas possible d'éliminer le cancer sans quelque appréhension. En effet, on sait que 90 % des cancers se développent dans la partie postérieure de la glande ; et ce n'est que tardivement qu'ils envahissent la région cervicale, là où va porter le prélèvement de la résection. HUDSON, en 1954, a comparé les résultats de la biopsie à ciel ouvert à ceux de la résection en cas de cancer, et il a constaté qu'une fois sur deux, seulement, la résection a permis de faire le bon diagnostic. COUVELAIRE signale un pourcentage d'erreurs de la résection supérieure à 10 %. GUILLEMIN signale 5 cas où la résection endoscopique était rassurante, alors que la ponction biopsique affirmait le cancer : la même éventualité s'est présentée chez un de nos malades. Il faut ajouter que la résection entraîne, elle aussi, une hospitalisation de plusieurs jours et que ses suites peuvent être compliquées d'accidents tels que : hémorragie, hémolyse, thrombose et infection.

Enfin, sur le plan pratique, il faut souligner que les copeaux sont souvent abîmés par le mode de

prélèvement et que la lecture histologique est rendue difficile par l'électrocoagulation.

4/- Biopsie par ponction.

On arrive donc à proposer des modes de prélèvement plus simples, s'efforçant de retirer un fragment de tissu pathologique sans avoir à recourir à une véritable opération. Il faut reconnaître que le diagnostic peut être fait avec très peu de tissu, à condition de le prélever dans la zone pathologique et de ne pas léser ses cellules et son architecture. Les méthodes sont nombreuses, et on les classe selon la voie d'abord utilisée (périnéale ou rectale) et selon le modèle de l'instrument employé.

a)- La voie transrectale.

C'est une voie ancienne qui a été décrite en 1937 par ASTRALDI. Elle peut être pratiquée, soit en ponctionnant la face postérieure de la prostate à travers la muqueuse rectale (GUILLEMIN), soit, comme le pratiquent certains auteurs américains, en incisant la muqueuse rectale et dégageant ainsi la face postérieure de la prostate. Les auteurs qui utilisent cette méthode montrent la rareté des accidents ; mais il faut cependant redouter l'infection, malgré les précautions prises lors de la désinfection de l'ampoule rectale, qui, d'ailleurs, complique le prélèvement.

b)- La ponction par voie périnéale.

Semble avoir retenu l'attention de nombreux auteurs et c'est elle qui sera décrite ici. Plusieurs modèles de trocards ou d'aiguilles ont été utilisés. Il est important de les classer en deux groupes :

1°)- Les unes sont creuses ; leur extrémité coupante pénètre dans le tissu pathologique et la séparation du fragment à examiner est obtenue par l'aspiration à l'aide d'une seringue branchée sur l'aiguille : en pratique, le produit retiré relève

plus de la cytologie que de l'anatomo-pathologie.

2°)- Les autres vont couper sur place les fragments à étudier. Ce sont les aiguilles de FRANSEEN ; VEENEMA ; VIM-SILVERMAN ; FRANKLIN ; MELICK ; TURKEL, qui ont été recommandées par différentes publications d'outre-Atlantique.

En France, il est difficile de se procurer ces aiguilles ; c'est pourquoi nous nous sommes servi d'un modèle original qui sert à la ponction biopsique du rein et dont l'utilisation nous a paru jusqu'alors satisfaisante (aiguille de Ducrot et Monteira).

Chapitre I

TECHNIQUE DE LA BIOPSIE PAR PONCTION PERINEALE

La méthode en apparence simple se heurte à un certain nombre de difficultés ; en effet, avant d'atteindre la prostate, l'aiguille doit traverser plusieurs plans épais, alors que son jeu est limité en avant par les éléments génito-urinaires en arrière par le canal entouré de son sphincter ; d'autre part, la section à distance d'un fragment prostatique par l'extrémité de l'appareil soulève des problèmes délicats, touchant la réalisation technique de l'instrument. A ce point de vue, l'aiguille imaginée par DUCROT et DE MONTEIRA apporte une solution pratique très ingénieuse.

1/- Aiguille de DUCROT et de MONTEIRA.

(Encore appelée "aiguille à biopsie rénale", modèle Necker) (FIGURE N° I).

Cet appareil original est constitué, d'une part d'un mandrin piquant, creusé près de son extrémité d'une gouttière, et, d'autre part, d'une gaine biseautée dont l'extrémité est tranchante (FIGURE N° 2).

Quand le mandrin pénètre dans les tissus à examiner, sa gouttière se comble d'un fragment qui sera sectionné par la translation en avant de la gaine coupante.

Le maniement de cette aiguille peut paraître

compliqué, mais quelques essais suffisent pour s'habituer au jeu relatif des deux éléments ; il faut notamment se rappeler que, pendant la section, le mandrin passif doit rester fixe et la gaine active se déplacer en avant. Actuellement, certaines modifications de détail sont à l'étude pour obtenir une meilleure prise sur les éléments de l'aiguille.

Quelques inconvénients sont à signaler : la longueur de la gouttière qui oblige une certaine pénétration dans la zone suspecte, pénétration qui peut dépasser parfois l'épaisseur de la région à étudier.

D'autre part, cette aiguille est fragile, et le biseau de la gaine s'altère rapidement par les passages dans les différents tissus prostatiques et périprostatiques, ce qui nécessite un remplacement fréquent de l'aiguille et des affûtages répétés.

2/- Anesthésie.

Dans la plupart des cas, le prélèvement se fait au cours d'une anesthésie générale, ce qui nécessite une hospitalisation de 24 heures. Mais, ainsi qu'il a été fait chez 4 malades, l'anesthésie locale, avec infiltration des différents plans du périnée, peut suffire quand l'état du patient l'impose.

3/- Position du malade.

Le malade est placé en position dite "de taille" avec le maximum de flexion des cuisses sur le bassin, de telle sorte que le périnée soit le plus près possible de l'horizontale. Cette manoeuvre bascule la face postérieure de la prostate et la rend plus accessible. Le périnée préalablement rasé est exposé en relevant les bourses. Le scrotum est maintenu en place par deux pinces ou du leucoplast. Le périnée moyen est ensuite limité par des champs ; l'anus doit rester dégagé.

4/- Prélèvement.

L'index de la main gauche, protégé par un doigtier stérile, pénètre dans l'anus, repère la face postérieure de la prostate et guidera ainsi le cheminement de l'aiguille. Le point de pénétration de celle-ci se fait, pour chaque lobe, à 1 ou 2 centimètres de la ligne médiane en avant de l'anus. Il est commode, pour protéger la pointe de l'aiguille et pour éviter d'entraîner un fragment de peau, de faire un avant-trou cutané avec une aiguille ordinaire de gros calibre. Ainsi préparée, la pénétration de l'aiguille va se faire en dirigeant en dedans, et le plus souvent en avant, vers la face postérieure de la prostate ; ce cheminement est constamment contrôlé par le doigt intra-rectal, qui devra s'efforcer - et ceci n'est pas toujours commode - de repérer la pointe de l'aiguille et de suivre son trajet jusqu'à la zone de prélèvement.

L'instrument étant au contact de la zone à étudier, le doigt gauche est sorti de l'anus et se débarrasse du doigtier stérile qui le protégeait ; la main est alors libre pour aider la main droite à manipuler l'aiguille, c'est-à-dire à faire pénétrer le mandrin dans la prostate, puis, ensuite, à ramener la gaine coupante pour isoler le fragment à examiner. L'aiguille est ensuite retirée et le copeau détaché avec soin de la gouttière réceptrice. Il est commode, pour ne pas l'abîmer, de le détacher avec la pointe d'une aiguille fine. Plusieurs prélèvements pourront être ainsi faits dans des plans différents et intéresseront les deux lobes prostatiques.

Telle quelle, cette technique permet d'obtenir des fragments utilisables de prostates moyennes et grosses, mais pour les petites glandes les échecs sont assez fréquents. Ceci tient à l'orientation défavorable de la face postérieure de la prostate par rapport au plan cutané (FIGURE N° 3) ; les deux éléments forment, en effet, un angle très aigu et l'aiguille attaquera la glande presque tangentiellement, d'autant plus que le cap anal limite en arrière

la pénétration trans-cutanée. Pour remédier à cet inconvénient, un artifice paraît utile : il consiste à basculer en arrière et en bas la prostate, pour que sa face postérieure s'expose mieux à l'aiguille. Ceci s'obtient assez facilement avec le béniqué utilisé par PUIGVERT, dans les prostatectomies périnéales ; en effet, quand ce béniqué est en place, son extrémité peut se rabattre en arrière et basculer ainsi la prostate dans la position désirée (FIGURE N° 4). A défaut de cet instrument, on utilisera la gaine d'un urétroscope.

D'autre part, quand la prostate est de volume presque normal, il peut être utile, comme le recommandent W.L. PARRY et J.F. FINELLI, de fixer le bord supérieur de la glande par le doigt et d'exercer une contre-pression lors de la pénétration de l'aiguille.

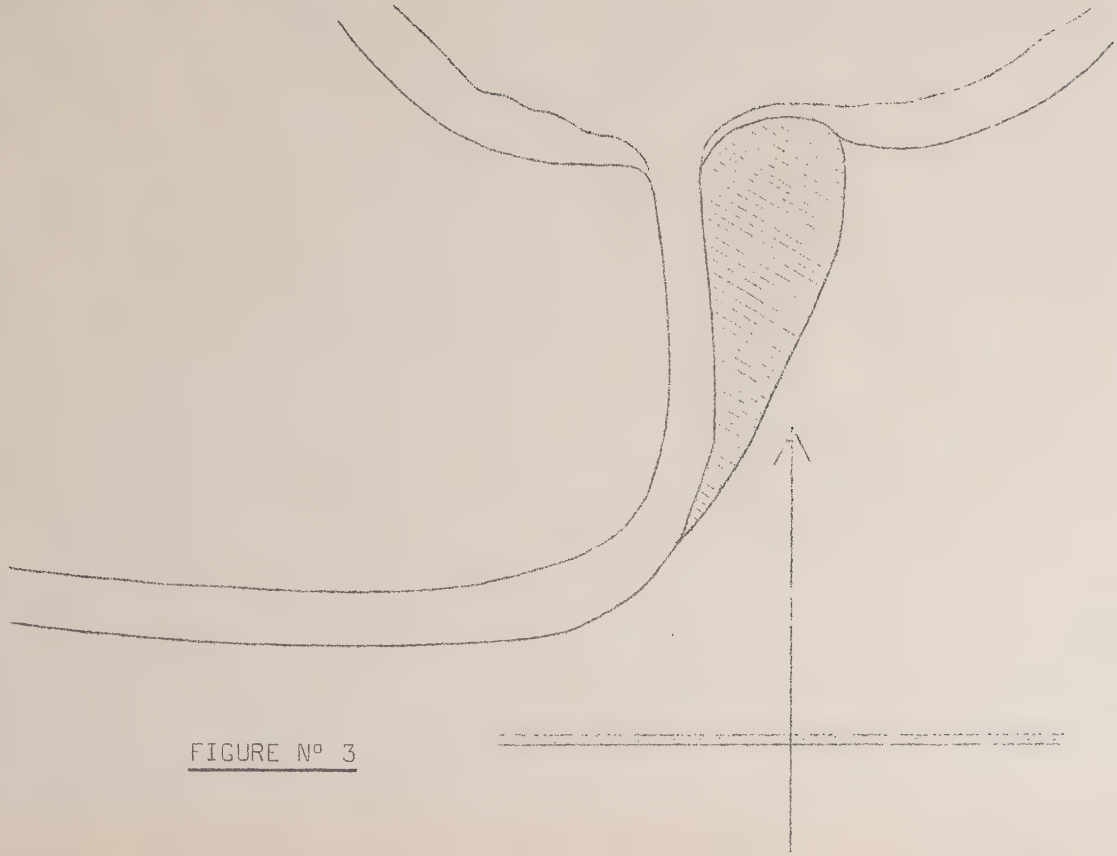

FIGURE Nº 3

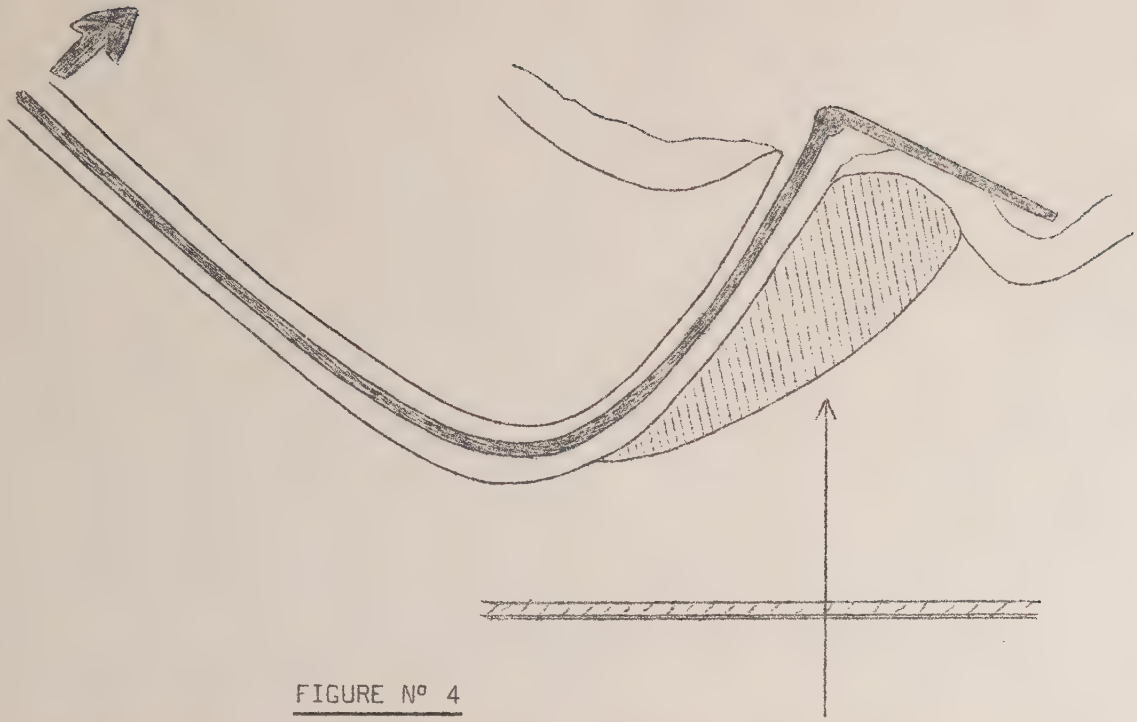

FIGURE Nº 4

Chapitre II

ÉTUDE CRITIQUE DU PROCÉDÉ

(Résultats obtenus au cours de 116 ponctions-biopsies prostatiques par voie transpérinéale).

Ces résultats seront étudiés dans cinq rubriques suivantes qui permettront de préciser la valeur de la méthode selon plusieurs points de vue :

1- Analyse des échecs dans le prélèvement.

2- Résumé et nombre des incidents observés.

3- Qualité et valeur d'information des copeaux prélevés.

4- Analyse et critique des résultats obtenus lorsque l'histologie s'est montrée bénigne et qu'elle n'a pas été démentie ultérieurement.

5- Analyse et critique des résultats obtenus dans les cas de cancers prostatiques histologiquement confirmés.

+ +
+

I - ECHEC DU PRELEVEMENT. IL NE RAMENE AUCUNE STRUCTURE PROSTATIQUE.

Dans 18 cas, le prélèvement ne contenait pas de tissu prostatique. Il s'agissait d'éléments conjonctifs ou fibreux du plan péri-prostatique. Ces prélèvements concernaient 6 cas qui se sont révélés être des cancers lors de contrôles histologiques ultérieurs et 7 cas dans lesquels une adénomectomie ou une résection ultérieures ont montré des lésions bénignes, avec les réserves d'usage pour le reste de la glande. Pour les autres (5), aucun examen histologique n'est venu préciser leur nature. Une fois, il s'agissait d'un prélèvement sur la coque restante d'une adénomectomie.

Il est intéressant de noter que, si ces échecs ont été observés le plus souvent pour des prostates peu augmentées de volume, quelques-uns sont à déplorer pour des grosses prostates, et ceci dans 7 cas. Il s'agissait surtout de lésions bénignes non indurées, moins favorables à être tranchées par l'aiguille. Dans cette série, une observation est à détacher, car elle associait à un adéno-carcinome cliniquement probable et infiltrant, confirmé par l'étude des copeaux de résection, une infiltration inflammatoire subaiguë périglandulaire mise en évidence par la ponction biopsique.

Il faut ajouter que les échecs de prélèvement ont été surtout observés au début de notre pratique. Ils se sont raréfiés nettement ensuite, surtout avec la technique, modifiée par l'emploi du béniqué, qui permet de basculer la prostate.

II - INCIDENTS.

Dans notre expérience, aucun accident grave n'est à déplorer; notamment, aucune infection périnéale, aucune orchi-épididymite, aucune fistule n'ont été notées et il n'y a pas eu de greffe cancéreuse sur le trajet du trocart. Souvent cependant, après

la ponction, s'observe une ecchymose au point de piqûre.

Il faut néanmoins citer deux incidents qui ont été sans lendemain :

- Dans un premier cas, la ponction a ramené un fragment de muqueuse urétrale, mais, malgré nos craintes, la cicatrisation a été obtenue rapidement sans même qu'il ait été utile de mettre en place une sonde à demeure.

- Dans un deuxième cas, après la ponction biopsique, un volumineux hématome s'est développé dans l'espace pelvi-rectal supérieur. Il a dû être évacué par une incision sus-pubienne et a guéri sans séquelle. Il faut ajouter que ce patient était soumis à un traitement anti-coagulant, que probablement nous n'avions pas arrêté suffisamment longtemps avant l'examen.

III - QUALITE ET VALEUR D'INFORMATION DES FRAGMENTS PRELEVES.

Les fragments prostatiques prélevés ont été de qualité variable. Les uns, d'un seul tenant, remplissaient la gouttière de l'aiguille ; les autres, dilacérés, ne représentaient qu'une zone très étroite de la glande située autant que possible dans la région intéressante à examiner.

Cependant, elle contenait toujours des éléments acineux dont la présence est indispensable pour que le prélèvement soit jugé utile. La valeur de ces prélèvements dépend de l'aspect trouvé : s'ils sont formés de lésions caractéristiques (cancer ou prostatite), ils ont évidemment une valeur indéniable ; mais s'ils ne montrent que des lésions d'hyperplasie ou des aspects de glande normale, les plus grandes réserves doivent être faites et aucune conclusion n'est possible.

Voici, à titre d'exemple, quelques comptes ren-

dus histologiques caractéristiques.

A/- Prélèvements de bonne qualité.

Mr. B... Emile, 82 ans.

Ce cylindre prostatique est occupé par des plages tumorales adéno-carcinomateuses différenciées qui ont tendance à s'infiltrer dans la graisse périphérique.

Il s'agit donc, ici, d'un adéno-carcinome développé au niveau de la coque prostatique.

Mr. B... Eugène, 78 ans.

Des deux cylindres prostatiques remis pour examen, l'un ne comprend que quelques acini normaux dispersés dans un stroma non inflammatoire ; l'autre, plus volumineux, est le siège d'une diffusion tumorale adéno-carcinomateuse très dense, formée d'éléments à cytoplasme clair, pourvus de noyaux peu chromophiles, centrés très fréquemment par un volumineux nucléole.

Il s'agit donc, ici, d'un adéno-carcinome prostatique différencié, variété histologique, en principe hormono-dépendante.

Mr. B... François, 78 ans.

Les petits fragments ramenés par biopsie périnéale renferment, à côté d'acini normaux, plusieurs petits nodules constitués d'éléments basophiles agencés en structures polyadénoïdes particulièrement évidentes.

On peut conclure à l'existence d'un adéno-carcinome prostatique différencié, variété dont, par conséquent, on peut escompter l'hormono-dépendance.

Mr. BR... Eugène, 79 ans.

Ces très petits fragments comprennent quelques lobules glandulaires adénomateux très réguliers. Mais ils comprennent aussi, d'une part quelques petits tubes épithéliaux à bordure cubique claire, et quelques cordons très grêles de cellules basophiles à contour anguleux.

Il s'agit ici d'un adéno-carcinome prostatique en partie différencié, de type tubulo-acineux, et en partie indifférencié.

Mr. CA... Yves.

Biopsie sur coque d'adénomectomie ancienne.

Ces deux petits cylindres prostatiques sont parsemés de foyers tumoraux distribués sporadiquement et revêtant la structure d'un adéno-carcinome différencié à cellules peu chromophiles. Le stroma apparaît assez sclérosé, sans remaniement inflammatoire.

Mr. CO... Abel.

Ces petits fragments biopsiques prostatiques sont occupés pour la plupart de nodules et de plages adéno-carcinomateuses de structure cribriforme, polyadénoïde. L'une des plages tumorales, la plus volumineuse, est largement évidée en son centre par un remaniement nécrobiotique.

Le stroma n'est pas inflammatoire.

Il s'agit donc ici d'un adéno-carcinome prostatique différencié, forme en principe hormono-dépendante.

Mr. CO... François, 80 ans.

Deux ordres de prélèvements.

- Le premier ne comporte pas de parenchyme prostatique et est uniquement constitué d'éléments fibro-

adipeux péri-glandulaires.

- Le deuxième prélèvement, pratiqué au niveau d'un noyau suspect du lobe droit, est le siège, sur une partie de son étendue, d'une diffusion adéno-carcinomateuse bien différenciée, faite de cavités glandulaires revêtues d'un épithélium assez peu chromophile dont les niyaux sont vésiculeux et porteurs d'un volumineux nucléole.

C'est donc l'aspect typique d'un adéno-carcinome prostatique.

Mr. DA... Victor, 76 ans.

Les quatre cylindres prostatiques étudiés sont le siège d'une diffusion tumorale adéno-carcinomateuse constituée d'éléments microglandulaires ou parfois trabéculaires à cytoplasme peu chromophile, centrés par un volumineux noyau turgide et nucléolé.

Le stroma est assez scléreux, mais dépourvu de remaniement inflammatoire.

Mr. FRA... Gaston, 74 ans.

Les deux cylindres biopsiques remis sont presque intégralement constitués d'un foyer tumoral formé de lobules ou de travées d'éléments cellulaires franchement différenciés dans le sens paramalpighien, voire même parfois aboutissant à une maturation épidermoïde franche avec kératinisation monocellulaire.

Cet aspect histologique réalise ainsi l'image de certains cancers prostatiques de type non glandulaire, mais paramalpighien, excréto-urinaire (épithélioma vésico-prostatique).

Mr. MO... Félix, 70 ans.

Les deux cylindres prostatiques sont prélevés par ponction périnéale ; ces fragments, d'analyse très facile, sont de structure différente :

- L'un d'eux est, en effet, peuplé de cavités acineuses normales, sans aucune anomalie de leur revêtement.

- L'autre est le siège de plusieurs petits foyers, faits de cellules à cytoplasme clair, à noyaux inégaux, mais dépourvus d'anomalies et de mitoses.

L'aspect histologique des prélèvements est,ici, suffisamment caractéristique pour qu'on puisse porter, en toute certitude, le diagnostic de carcinome prostatique à cellules claires, variété morphologique en principe sensible à l'action des substances oestrogènes.

Mr. BRA... Albert.

Au sein d'un tissu de soutien hyperplasique, infiltré de très nombreux infiltrats inflammatoires, avec micro-abcès, existent de nombreuses glandes prostatiques distendues, microkystiques. Certaines contiennent des sympexions ; beaucoup sont le siège de phénomènes inflammatoires.

Leur bordure épithéliale est partout régulière, sans anomalies ; il n'existe pas de métaplasie malpighienne.

Un tel aspect histologique correspond donc à une adénomyomatose prostatique avec prostatite suppurée.

Mr. BRO..., 73 ans.

Les deux petits fragments remis sont d'aspect histologique différent :

- L'un d'entre eux est constitué d'une plage de stroma normal, non fibrosé, avec quelques rares cavités acineuses subnormales.

- L'autre est totalement remanié par des phénomènes inflammatoires granulomateux non spécifiques très denses, au sein desquels ne persistent plus, en bordure, que quelques cavités acineuses. Aucun foyer tumoral n'y est visible.

Au total donc, cet aspect histologique paraît en faveur de phénomènes d'hyperplasie prostatique à remaniement inflammatoire sporadique, mais très prononcé.

Mr. DE... Henri, 57 ans.

Ce cylindre biopsique, techniquement parfait, n'est le siège d'aucun foyer tumoral. Il est constitué en majeure partie de plages de stroma conjonctivo-musculaire normal, sans sclérose ni remaniement inflammatoire.

A l'une des extrémités, existent quelques cavités acineuses légèrement dilatées, sans aucune atypie de leur revêtement.

Ces caractères histologiques sont donc, au total, uniquement en faveur, dans les limites du prélèvement, d'une hyperplasie adénomateuse.

Mr. ED... Georges, 61 ans.

L'examen histologique a porté également sur un assez long cylindre retiré par ponction-biopsie périnéale. On peut y constater la même hyperplasie adénomateuse, également dépourvue de la moindre anomalie cytologique et de tout remaniement inflammatoire.

Ces éléments histologiques sont en faveur d'une hyperplasie adénomateuse.

Mr. JO... Antoine, 75 ans.

Ces cylindres biopsiques, de lisibilité parfaite, ne sont le siège d'aucun foyer tumoral.

Certains d'entre eux sont constitués pratiquement uniquement d'éléments du stroma conjonctivo-musculaire, sans sclérose, mais avec parfois présence de quelques petits infiltrats inflammatoires lymphocytaires.

D'autres comportent des éléments acineux légère-

ment hyperplasiques, sans aucune atypie épithéliale.

Dans les limites de ce prélèvement, l'aspect histologique est donc uniquement en faveur d'une hyperplasie adénomateuse à remaniement inflammatoire sporadique, fait qui, bien entendu, ne permet absolument pas d'infirmer l'existence d'un adéno-carcinome éventuel qui aurait pu ne pas être intéressé par la prise biopsique.

Mr. KR... Georges.

Les deux fragments étudiés concernent du parenchyme prostatique et sont très peu altérés par le prélèvement et très facilement interprétables.

Les éléments glandulaires qui les parsèment sont normaux, sans agencements en lobules sphéroïdaux et sans aucun phénomène de métaplasie malpighienne, non plus sans images polyadénoïdes.

On ne constate également aucun remaniement inflammatoire.

Cet aspect histologique n'autorise en lui-même aucune conclusion car, somme toute, l'image observée est pratiquement normale ; en particulier, elle ne saurait infirmer l'existence d'un foyer tumoral que le prélèvement a pu ne pas intéresser.

Mr. OG... René, 59 ans.

Ce petit cylindre prostatique n'est le siège d'aucun foyer tumoral. En revanche, en une zone, existent plusieurs petits foyers conglomérés à centre nécrosé, entourés d'une large auréole d'histiocytes épithélioïdes avec une sertissure lymphoïde.

Malgré l'absence de cellules géantes, cet aspect histologique est donc très en faveur d'une infection spécifique tuberculoïde.

Dans les limites de ces petits fragments, il est impossible de décider formellement s'il s'agit d'une prostatite granulomateuse pseudo-tuberculeuse

ou d'une authentique tuberculose ; mais c'est indiscutablement dans ce sens qu' l convient de diriger les investigations complémentaires, notamment bactériologiques.

Mr. TO... Pierre, 53 ans.

Ce petit fragment de biopsie prostatique comporte deux zones juxtaposées :

- L'une d'entre elles est constituée de plages de stroma conjonctivo-musculaire, au milieu desquelles ne s'aperçoivent que de très rares éléments acineux normaux et notamment non dilatés.
- L'autre zone est constituée d'une édification granulomateuse nodulaire, riche en histiocytes et en fibroblastes et comportant même parfois une discrète différenciation plasmodiale.

Cet aspect histologique amène ainsi à se demander si l'induration prostatique constatée cliniquement n'est pas à mettre sur le compte de phénomènes inflammatoires granulomateux (prostatite granulomateuse), mais ne permet évidemment pas d'éliminer la possibilité d'une lésion tumorale non intéressée par ce prélèvement très parcellaire.

3/- Prélèvements altérés mais permettant de conclure:

Mr. BA... Pierre, 53 ans.

Les deux cylindres prostatiques remis sont plus altérés qu'il n'est habituel avec cette technique ; toutefois, dans la zone centrale mieux préservée, il est possible d'identifier plusieurs amas de cellules claires pourvues de noyaux vésiculeux centrés par un volumineux nucléole basophile, images qui, malgré leur relative discrétion, permettent d'identifier ici un adéno-carcinome prostatique.

Mr. BR... Joseph, 68 ans.

Ces petits fragments, assez dilacérés mais par-

faitement interprétables, sont occupés par plusieurs foyers adéno-carcinomateux bien différenciés, formés d'éléments glandulaires à cytoplasme assez pâle et à noyau régulier, agencés en formations polyadénoïdes.

Cet aspect histologique est ici suffisamment caractéristique pour permettre de conclure à l'existence d'un adéno-carcinome prostatique, variété tumorale dont l'hormono-dépendance peut être escomptée.

Mr. CH... Léon, 66 ans.

Les deux petits cylindres examinés histologiquement concernent un parenchyme prostatique dont les éléments acineux, assez peu abondants, montrent parfois quelques images de métaplasie malpighienne histologiquement bénignes.

Le fait essentiel est l'importance du remaniement inflammatoire du stroma, qui est parsemé d'un granulome dense non spécifique, à cellules, de l'inflammation subaiguë chronique.

En aucun point, on ne constate de signes de prolifération épithéliale maligne.

Cet aspect suggère l'existence d'une prostatite. Etant donné l'exiguité du fragment et l'aspect acineux, il paraît impossible de préciser, ici, si ces phénomènes inflammatoires se sont développés aux dépens d'une prostate adénomateuse.

Mr. GU... Edmond, 75 ans.

Ces deux petits fragments biopsiques sont d'analyse histologique très malaisée, car considérablement altérés par le prélèvement ; en particulier, le "tassement" a entraîné une déformation fusiforme de la quasi-totalité des cellules.

L'un d'entre eux concerne uniquement une petite plage fibro-musculaire sans particularités ; l'autre est le siège de nappes cellulaires qui seraient ininterprétables si, sporadiquement, un ou deux éléments

cellulaires n'étaient relativement préservés : l'aspect cytologique de ces cellules est alors suffisant pour porter, en fonction du contexte, le diagnostic de carcinome prostatique.

C/- Prélèvements altérés ne permettant pas de conclure.

Mr. CE... François, 70 ans.

Cette biopsie est en grande partie constituée par un tissu musculaire lisse dans lequel on met en évidence quelques glandes prostatiques et péri-uréthrales dont les éléments constituants restent toujours réguliers.

En conclusion, au niveau des fragments examinés, on ne peut pas porter un diagnostic de malignité.

Mr. CO... Jean.

Les douze préparations effectuées aux dépens de ce cylindre prostatique apparaissent constituées essentiellement d'éléments du stroma conjonctivo-musculaire qui apparaît normal, ni sclérosé ni parsemé d'éléments inflammatoires.

En quelques points, cependant, on peut noter la présence d'acini contenant parfois des sympexions ; leur revêtement est normal, sans aucun foyer de métaplasie malpighienne et sans image polyadénoïde.

Dans les limites du prélèvement, il n'existe par ailleurs aucun signe pouvant faire suspecter l'existence d'une tumeur maligne.

Au total, ce fragment prostatique paraît normal, ni inflammatoire ni tumoral.

Ce malade a été opéré par voie trans-périnéale et l'histologie a montré qu'il s'agissait d'un adénome.

Mr. DO... Louis, 69 ans.

Les fragments biopsiques étudiés sont de structure dissemblable :

Certains d'entre eux sont uniquement constitués de plages de stroma légèrement fibrosées, mais sans composante inflammatoire.

Le plus volumineux fragment contient, dans un stroma normal, à côté de quelques glandes non modifiées, un assez grand nombre de cavités glandulaires de taille moyenne, peu irrégulières, revêtues d'un épithélium cylindrique à cytoplasme clair, et surtout ornées d'un assez volumineux noyau pourvu d'un gros nucléole. Ces éléments nucléaires sont d'ailleurs assez inégaux, mais sans atypies franches.

En l'absence d'image polyadénoïde et d'amas cellulaires pleins, il paraît difficile d'affirmer, tout au moins formellement, sur ces images, l'existence d'un carcinome ; néanmoins, les aspects nucléaires signalés et la présence de quelques mitoses constituent des signes histologiques extrêmement suspects que l'on n'est pas habitué à rencontrer dans les hyperplasies adénomateuses banales.

Au total donc, il existe ici une très forte présomption de cancer qu'il convient d'étayer par des examens biologiques, mais qui, à soi seule, très certainement légitime un traitement oestrogénique.

Mr. ES... Georges, 76 ans.

Ce petit fragment prostatique n'est le siège d'aucun foyer tumoral patent ; il est constitué d'une nappe de stroma dans laquelle se dispersent quelques acini dont un grand nombre sont en état de métaplasie malpighienne. Le stroma est assez congestif, avec quelques infiltrats inflammatoires subaigus. Aucun foyer adéno-carcinomateux n'a été observé.

Ce malade a subi une adénomectomie et l'histologie a montré qu'il s'agissait d'un volumineux adénome prostatique remanié en plusieurs endroits par

des phénomènes de nécrose importante.

Mr. HU... Auguste, 84 ans.

Les deux petits cylindres prostatiques étudiés, assez altérés par le prélèvement, ne comportent que des éléments acineux normaux, contenant parfois de volumineux sympexions. Le stroma est, par ailleurs, dépourvu de composante inflammatoire.

Il serait peut-être intéressant, étant donné la suspicion clinique, de refaire un prélèvement, l'actuel présentant trop d'artéfacts pour être parfaitement lisible.

Chez ce malade, il a été fait une biopsie osseuse qui donne le résultat suivant :

Certains des espaces médullaires de ces fragments osseux, qui ont dû subir une assez longue décalcification, sont le siège de plages tumorales assez denses, évidemment métastatiques.

Il paraît impossible, ici, de formuler, sur le plan purement histologique, une opinion quant à l'origine de cette métastase : la morphologie en est, en effet, compatible avec de multiples localisations primitives, et, en particulier, prostatiques.

Mr. LE... Joseph, 70 ans.

Ces petits fragments biopsiques ne comportent aucun foyer tumoral.

Ils sont constitués de nappes de stroma conjonctivo-musculaire hébergeant parfois quelques éléments glandulaires épars sans dilatation et sans groupement en lobules.

On ne constate, par ailleurs, aucun remaniement inflammatoire.

Chapitre IV

ANALYSE ET CRITIQUE DES RESULTATS POUR LESQUELS LA PONCTION-BIOPSIE A RAMENE DES TISSUS DE NATURE BENIGNE, SANS QUE CETTE BENIGNITE N'AIT ETE DEMENTIE PAR DES RECHERCHES HISTOLOGIQUES COMPLEMENTAIRES OU PAR L'EVOLUTION (47 CAS).

Dans ces observations, il conviendra de souligner que la malignité ne peut être écartée de façon formelle, car il aurait fallu que la glande soit examinée histologiquement dans sa totalité.

Ces cas seront analysés en quatre chapitres, suivant les conclusions de l'examen clinique.

A/- LE DIAGNOSTIC CLINIQUE ETAIT CELUI D'ADENOME PROSTATIQUE.

Ce groupe de malades est restreint étant donné que l'indication de la biopsie ne s'y impose habituellement pas ; elle a été faite soit pour obtenir une confirmation, soit à cause d'une anomalie telle qu'une stase du haut appareil constatée lors de l'U.I.V.. Quatre fois, l'examen de la pièce d'adénomectomie est venu confirmer la nature bénigne des lésions ; une fois, le contrôle fut obtenu par une résection endoscopique, et l'autre fois aucune opération n'a suivi la biopsie.

B/- L'EXAMEN CLINIQUE EST EN FAVEUR D'UN CANCER.

Beaucoup plus intéressante est la catégorie de malades chez lesquels le cancer paraissait très probable, alors que la biopsie périnéale n'a ramené que des fragments de nature bénigne.

En effet, ces prostates étaient volumineuses, irrégulières, indurées ; parfois, elles s'accompagnaient d'une augmentation des phosphatases acides du sérum, et, pour certaines d'entre elles, de modifications radiologiques du squelette pouvant évoquer une ostéose cancéreuse.

Malgré les réserves qui s'imposaient, après un prélèvement si limité, le diagnostic clinique a été mis en doute. Cinq malades ont alors subi soit une intervention chirurgicale enlevant l'hypertrophie prostatique par voie trans-vésicale, soit une résection endoscopique. Ces opérations ont confirmé la nature bénigne des lésions et il est intéressant de noter que, dans ces 5 cas, il existait habituellement d'importantes lésions inflammatoires remaniant l'adénome et expliquant l'aspect clinique.

Voici les cinq observations dans lesquelles la ponction biopsique a joué un rôle essentiel dans l'établissement du vrai diagnostic, alors que l'aspect clinique conduisait à une erreur. On peut, bien sûr, les critiquer et dire que l'existence d'un cancer est toujours possible dans la coque laissée en place, mais la nature des lésions, l'association d'éléments inflammatoires ou d'infarcissement et l'évolution rendent cette hypothèse peu vraisemblable. D'ailleurs, pour l'observation BR..., la coque a été examinée histologiquement.

OBSERVATION :

= BR..., 73 ans.

Rétention aiguë d'urine ; fièvre ; grosse prostate dure et irrégulière, cliniquement cancéreuse. U.I.V. : Stase du haut appareil ; phosphatases acides au-dessus de la normale (P.A.T. 3,14 ; P.A.P. 1,42).

Biopsie prostatique transpérinéale (adénome) :

Les deux petits fragments remis sont d'aspect histologique différent :

- L'un d'entre eux est constitué d'une plage de stroma normal, non fibrosé, avec quelques rares cavités acineuses subnormales.
- L'autre est totalement remanié par des phénomènes inflammatoires granulomateux non spécifiques très denses, au sein desquels ne persistent plus, en bordure, que quelques cavités acineuses. Aucun foyer tumoral n'y est visible.

Au total donc, cet aspect histologique paraît en faveur de phénomènes d'hyperplasie prostatique à remaniement inflammatoire sporadique, mais très prononcé.

Biopsie par résection endoscopique (adénome) :

Les cinq copeaux remis ne comportent aucun aspect de parenchyme prostatique propre ; ils sont, en effet, tous constitués de faisceaux musculaires lisses, vraisemblablement sphinctériens, légèrement dissociés par des phénomènes oedémateux et congestifs et parfois par quelques bandes de sclérose sans pratiquement d'infiltration inflammatoire cellulaire.

Cet aspect histologique fait poser la question d'une éventuelle maladie du col vésical à composante musculaire prédominante.

Aucun foyer tumoral n'a été, par ailleurs, constaté.

Opération (VIII/1964) : Voie transvésicale : Enucléation d'une hypertrophie prostatique.

Histologie :

1°)- Examen de l'"adénome".

Les fragments prélevés comportent un infiltrat inflammatoire important avec nécrose de la paroi de certaines glandes et envahissement du tissu interstitiel par les éléments d'un granulome inflammatoire: lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires.

Il s'agit ici d'une prostatite aiguë.

2°)- Fragments de la "coque prostatique".

Il existe, ici, des lésions inflammatoires subaiguës banales, mais l'élément essentiel est la présence d'un infarctus nodulaire dans lequel on ne retrouve plus que les ombres éosinophiles du tissu prostatique normal. Cet infarctus est entouré d'une large zone de métaplasie épidermoïde qui, à première vue, pourrait en imposer pour des lésions épithélioma-teuses ; en fait, on sait que de telles images de métaplasie sont normales autour des infarctus prostatiques ; les éléments métaplasiés disparaissent d'ailleurs rapidement à distance du foyer infarci.

En conclusion, il existe, sur les fragments examinés, un foyer de prostatite aiguë et un infarctus nodulaire. On ne note pas de caractère histologique suspect de malignité.

= ES... Georges, 76 ans.

Prostatisme et rétention d'urine. Prostate augmentée de volume, dure et irrégulière, évoquant un cancer.

Biopsie par voie transpéritonéale :

Ce petit fragment prostatique n'est le siège d'aucun foyer tumoral patent ; il est constitué d'une nappe de stroma dans laquelle se dispersent quelques acini dont un grand nombre sont en état de métaplasie malpighienne. Le stroma est assez congestif, avec quelques infiltrats inflammatoires subaigus. Aucun foyer adéno-carcinomateux n'a été observé.

Enucléation par voie transvésicale.

Histologie :

Les cinq larges préparations effectuées aux dépens de cette pièce d'adénomectomie montrent que le tissu lésionnel est formé de la conglomération de lobules sphéroïdaux constitués eux-mêmes d'acini, soit de petite taille, à revêtement frangé, soit au contraire très dilatés et microkystiques. Leur revêtement est partout monostratifié, clair, sans aucune atypie. Le stroma conjonctivo-musculaire est pratiquement indemne d'infiltrats inflammatoires, réserve faite de quelques amas agminés, lymphocytaires. Au centre de l'un des fragments, on peut noter l'existence d'une zone de quelques millimètres de diamètre, en nécrose ischémique totale, zone entourée d'une auréole relativement épaisse d'acini dont le revêtement a subi une métaplasie malpighienne accentuée : un tel aspect histologique correspond aux lésions décrites sous le nom d'infarctus prostatique, remaniement qui s'observe assez fréquemment au sein des adénomes et dont l'étio-pathogénie n'est pas élucidée d'une façon précise.

Le petit fragment, adressé à part du fait qu'il présentait macroscopiquement un aspect très net d'infarcissement hémorragique, tire également cette particularité de la présence de lésions d'infarctus assez remarquables ici par l'intensité de la métaplasie squameuse périphérique qui prend un aspect quasi invasif, susceptible, certainement, si l'on ne disposait pas du contexte, d'induire en erreur et de faire évoquer la possibilité d'un carcinome épidermoïde (alors qu'il ne s'agit, en réalité, que de modifications acineuses métaplasiques induites par la nécrose glandulaire).

Au total donc, ces fragments opératoires permettent de conclure à l'existence d'un volumineux adénome prostatique, remanié en plusieurs endroits par des phénomènes de nécrose infarctoïde.

= MAU... Nicolas, 69 ans.

Prostatisme depuis plusieurs années.
T.R. : énorme prostate dure, infiltrante. Néo certain. P.A.T. : 2,41 UKA ; P.A.P. = 0,66.

Ponction-biopsie (XII-1961) :

Ces petits fragments concernent un parenchyme prostatique dont tous les éléments acineux sont normaux architecturalement et cytologiquement. On ne constate aucune image polyadénoïde et aucune infiltration de cellules claires.

Le stroma conjonctivo-musculaire est indemne de composante inflammatoire.

Cet aspect histologique doit être, ici, considéré comme normal, mais il ne saurait évidemment infirmer la possibilité d'une lésion prostatique voisine, non intéressée par le prélèvement.

Enucléation d'une néoformation prostatique (XII-1961).

Histologie :

Simple hyperplasie adénomateuse de la prostate, dépourvue de caractère histologique de malignité.

Le VII-1963 : T.R. : coque un peu grosse et irrégulière.

Ponction-biopsie de la coque prostatique :

Ces petits éléments biopsiques ne comportent aucun foyer tumoral. Ils sont constitués pour la plupart de plages du stroma conjonctivo-musculaire, sans aucun remaniement inflammatoire. Sur l'un d'entre eux, toutefois, existent quelques éléments acineux très légèrement ectasiques et entourés d'une mince auréole inflammatoire subaiguë. D'autre part, les lumières acineuses sont emplies d'un matériel nécrotique criblé de vacuoles graisseuses et de moules aciculés de cholestérol.

Cet ensemble paraît donc, ici, uniquement en faveur de phénomènes purement inflammatoires.

= VEN... Joseph, 61 ans.

Dysurie et pollakiurie diurne. Diminution du jet. T.R. : grosse rate irrégulière, très suspecte.
Urée : 0,56 g.
P.A.T. : 2,06 UKA ; P.A.P. : 0,49 UKA.

Biopsie prostatique (20-X-1964) :

Ces fragments biopsiques ne comportent aucun foyer tumoral ; ils sont constitués, d'ailleurs, essentiellement, de stroma conjonctivo-musculaire avec, simplement, quelques rares cavités acineuses. L'une d'entre elles, dont le revêtement est d'ailleurs en état de métaplasie pavimenteuse, est entourée d'un halo de cellules lipophagiques.

Ces caractères histologiques, dans les limites du prélèvement, paraissent donc, au total, en faveur d'une hyperplasie adénomateuse à remaniement inflammatoire.

Opération transvésicale le 27-X-1966.

Histologie : Hyperplasie oedémateuse banale.

= GES... Félix, 74 ans.

Prostatisme. T.R. : grosse prostate indurée et suspecte.

Radio du bassin montre des modifications du squelette, suspectes de métastases.

P.A.T. : 4,12 UKA ; P.A.P. : 0,35 UKA.

Biopsie périnéale :

L'examen histologique a porté, en outre, sur plusieurs petits fragments recueillis par ponction

transpérinéale à l'aiguille.

Là encore, on ne décèle aucun foyer tumoral, mais uniquement la présence d'assez nombreux acini normaux, dispersés dans un stroma dépourvu, par ailleurs, de composante inflammatoire.

Résection endoscopique.

Ils ne comportent aucun foyer tumoral et sont, pour la plupart, constitués d'un tissu fibro-musculaire dans lequel on ne constate que de rares acini normaux ou discrètement ectasiés.

Sur les prélèvements intéressant la région sous-uréthrale, il existe une nette congestion et quelques infiltrats inflammatoires sans spécificité histologique.

Cet aspect histologique ne permet aucune conclusion formelle ; toutefois, l'abondance de la fibro-léiomyomatose suggère l'existence d'une hyperplasie prostatique à prédominance stromale.

Biopsie osseuse :

Les deux fragments osseux étudiés histologiquement sont constitués de travées disposées de façon anarchique, assez épaisses et à contours irréguliers, encochés.

Ces encoches sont souvent occupées par une importante réaction ostéoclasique.

Malgré une décalcification un peu poussée, on note la présence de lignes cémentantes irrégulières.

La moëlle n'est pas fibreuse, mais adipeuse. Elle est surtout assez abondamment vascularisée et occupe des espaces qui paraissent nettement élargis.

Cet aspect histologique réalise, ici, une image qui est compatible avec l'existence d'une maladie de Paget ; il ne comporte, par ailleurs, aucun foyer métastatique et aucune infiltration cellulaire pouvant évoquer le caractère secondaire de cette lésion.

A ce même groupe de prostates cliniquement malignes, alors que les ponctions biopsiques

concurent à la bénignité, nous ajouterons 4 observations dans lesquelles il n'y a pas eu de contrôle histologique ultérieur, pour des raisons diverses. L'une d'elles concerne une biopsie sur une coque d'adénomectomie faite 6 ans auparavant. Pour ces malades, aucune conclusion n'est possible, faute de recul suffisant. Il est à craindre que l'avenir confirme la malignité réelle de la plupart de ces cas. Cependant, à cause du doute soulevé par la ponction biopsique, aucun traitement oestrogénique n'a été mis en cours.

C'est dans de telles difficultés de diagnostic que la cytologie jouerait certainement un rôle utile, quand on peut la pratiquer commodément.

C/- L'EXAMEN CLINIQUE NE PERMET PAS DE CONCLURE DE FACON DEFINITIVE, MAIS LES CARACTERES DE LA PROSTATE PATHOLOGIQUE LA RENDENT SUSPECTE DE MALIGNITE.

Cliniquement, ces malades étaient porteurs d'une prostate de volume subnormal, alors que sa surface était indurée et présentait un ou plusieurs nodules de consistance ferme.

Dans 3 de ces cas, la biopsie a été suivie d'une exérèse par voie transvésicale. L'examen de la pièce a montré des lésions bénignes hyperplasiques et, à deux reprises, des lésions inflammatoires. L'infection s'était d'ailleurs manifestée dans les antécédents immédiats.

OBSERVATIONS

= CHE... Léon, 66 ans.

Prostate suspecte cliniquement.

Pollakiurie, dysurie plus lombalgie. T.R. : prostate un peu augmentée de volume, indurée. P.A.T.: 3,5 UKA ; P.A.P. : 0,49.

Biopsie prostatique (5-XII-1961) :

Les deux petits cylindres examinés histologiquement concernent un parenchyme prostatique dont les éléments acineux, assez peu abondants, montrent parfois quelques images de métaplasie malpighienne histologiquement bénignes.

Le fait essentiel est l'importance du remaniement inflammatoire du stroma qui est parsemé d'un granulome dense non spécifique, à cellules, de l'inflammation subaiguë chronique.

En aucun point, on ne constate de signes de prolifération épithéliale maligne.

Cet aspect suggère l'existence d'une prostatite. Etant donné l'exiguité du fragment et l'aspect acineux, il paraît impossible de préciser, ici, si ces phénomènes inflammatoires se sont développés aux dépens d'une prostate adénomateuse.

8-1-1962 : Opération : adénomectomie.

Histologie : Hyperplasie adénomateuse avec phénomène d'adénomite.

= SAR... François, 43 ans.

T.R. : Prostate augmentée de volume et douloureuse.

Diagnostic : prostatite.

P.A.T. : 2,5 UKA ; P.A.P. : 5,2.

Biopsie prostatique :

Les petits fragments obtenus par ponction périnéale sont de structure identique.

Cet aspect histologique est compatible avec l'existence d'une hyperplasie adénomateuse, mais ne permet pas ici de l'affirmer dans les limites des fragments étudiés.

Résection endoscopique :

Les dix copeaux de résection endoscopique ne com-

portent aucun foyer tumoral. Il s'agit de plages de stroma musculo-conjonctif parsemées de quelques lobules glandulaires prostatiques normaux dépourvus d'images polyadénoïdes et de foyers de métaplasie malpighienne.

Si, dans la région sous-uréthrale, on peut noter une assez abondante vascularisation, il n'existe par ailleurs pratiquement aucune composante inflammatoire.

Opération en Novembre 1963 : hyperplasie bénigne.

= DEN... Henri, 57 ans.

Pollakiurie et dysurie. T.R. : prostate augmentée de volume et indurée, très suspecte de cancer.

Biopsie prostatique :

Ce cylindre biopsique, techniquement parfait, n'est le siège d'aucun foyer tumoral. Il est constitué en majeure partie de plages de stroma conjonctivo-musculaire normal, sans sclérose ni remaniement inflammatoire. A l'une des extrémités, existent quelques cavités acineuses légèrement dilatées, sans aucune atypie de leur revêtement.

Ces caractères histologiques sont donc, au total, uniquement en faveur, dans les limites du prélèvement, d'une hyperplasie adénomateuse.

Opération : Adénomectomie.

Histologie : Hyperplasie.

Dans 10 cas, la biopsie fut suivie de résection endoscopique dont les copeaux furent trouvés de nature bénigne. Voici quelques observations caractéristiques de ce groupe :

= HOU...

L'observation de HOU... est intéressante, car la prostate, à peine augmentée de volume mais indurée et nodulaire, s'accompagnait d'oedème du membre inférieur gauche et d'un remaniement du squelette avec des zones d'hypercondensation et d'ostéolyse. Les phosphatases étaient, par contre, normales. Le diagnostic de cancer était à envisager, mais la ponction biopsique de la prostate et la résection ont donné des résultats rassurants. L'étude d'un fragment de la crête iliaque a montré une maladie de Paget (compte rendu).

= BRAN... Albert, 26-7-1962.

Hématurie plus pollakiurie. T.R. : prostate à peine augmentée de volume, mais nettement dure et irrégulière.

Ponction-biopsie :

L'étude histologique des différents fragments prélevés, tant par ponction périnéale que par résection endoscopique, montre un aspect sensiblement identique.

Au sein d'un tissu de soutien hyperplasique, infiltré de très nombreux infiltrats inflammatoires, avec micro-abcès, existent de nombreuses glandes prostatiques distendues, microkystiques. Certaines contiennent des sympexions ; beaucoup sont le siège de phénomènes inflammatoires. Leur bordure épithéliale est partout régulière, sans anomalies ; il n'existe pas de métaplasie malpighienne.

Un tel aspect histologique correspond donc à une adénomyomatose prostatique avec prostatite suppurée.

Pas de signe de tumeur maligne.

Résection. Histologie : idem.

= GAR... Marcel, 67 ans.

Brûlure à la miction. T.R. : petite prostate. U.I.V. : petite saillie prostatique discrète.

Ponction prostatique :

Les deux petits fragments retirés par ponction prostatique périnéale ne sont le siège d'aucun foyer tumoral. Ils sont constitués, soit exclusivement d'éléments du stroma conjonctivo-musculaire lisse prostatique, soit, parfois, de petits lobules glandulaires formés d'acini, dont le revêtement est très régulier, dépourvu d'anomalies ; on ne constate non plus, sur ces fragments, aucun remaniement inflammatoire.

Résection endoscopique :

L'examen histologique a porté, en outre, sur cinq copeaux de résection endoscopique : ils sont également dépourvus de foyer carcinomateux et constitués, là encore, soit de plages uniquement stromales, soit de lobules adénomateux sans atypies.

Il faut signaler la présence, dans la région sous-uréthrale, de phénomènes inflammatoires très accusés de type exsudatif, avec oedème très important, parcouru par d'abondants vaisseaux congestifs contenant des polynucléaires marginés.

Au total donc, dans les limites des prélèvements étudiés, ces constatations histologiques paraissent en faveur d'une hyperplasie adénomateuse banale.

= BOU... Charles, 65 ans.

Biopsie prostatique :

Les deux petits fragments prélevés par ponction périnéale ne comportent aucun élément tumoral ; l'un d'entre eux est constitué uniquement d'un fragment de stroma conjonctivo-musculaire sans aucun remaniement inflammatoire ; l'autre montre, en outre, quelques acini contenant des sympexions et dépourvus d'anoma-

lie pariétale.

Résection endoscopique :

L'examen histologique a porté également sur de nombreux copeaux de résection endoscopique ; la plupart de ces éléments sont abondamment peuplés de glandes prostatiques très fréquemment dilatées et microkystiques, agglomérées en lobules. Le revêtement est également normal, monostratifié, sans foyers de métaplasie malpighienne.

Le fait essentiel est que d'assez nombreux acini sont emplis de plages suppurées, ces phénomènes inflammatoires restant cantonnés à l'intérieur des glandes et ne diffusant pas dans le stroma.

Au total, cet aspect histologique semble ici en faveur d'une hyperplasie adénomateuse avec remaniement inflammatoire.

= LAU..., 64 ans.

Pollakiurie, dysurie ; nuit = 10 fois ; jour = toutes les demi-heures.

T.R. : prostate un peu grosse et indurée.
Urée : 0,36 g. P.A.T. : 1,98 UKA ; P.A.P. : 0,33 UKA.

Biopsie prostatique :

Les constatations histologiques paraissent en faveur de phénomènes d'hyperplasie prostatique, sans aucune suspicion de malignité dans la limite du fragment étudié.

Résection. Histologie : idem.

Enfin, chez 13 malades de ce groupe, aucun autre mode de prélèvement n'a complété la biopsie par ponction. Dans ces cas, comme nous l'avons dit, aucune conclusion n'est possible. Cependant, les résultats rassurants de la biopsie nous ont autorisé à ne pas prescrire d'oestrogènes, sans pour cela relâcher la surveillance.

Voici quelques exemples pour illustrer ce groupe :

= BOI... Ernest, 75 ans.

Prostatisme et dysurie.

T.R. : infiltration irrégulière de la loge prostatique sans limite nette ; épithélioma probable. Urée : 0,59 g ; P.A.T. : 1,48 UKA ; P.A.P. : 0,16.

Biopsie prostatique :

Le fragment biopsique obtenu par ponction périnéale à l'aiguille ne comporte aucun foyer tumoral. Il est peuplé, dans un stroma conjonctivo-musculaire ni scléreux ni inflammatoire, par d'assez nombreuses cavités acineuses souvent légèrement dilatées et emplies de très volumineux sympexions. Aucune image suspecte; en particulier, aucun foyer polyadénoïde n'y a été constaté.

Le bourgeonnement cervical revêt la structure d'un fibro-papillome vésical dont les bordures paramalpighiennes sont particulièrement épaisses, mais sans aucune anomalie cytologique ou architecturale. Quelques copeaux musculaires profonds, très altérés par l'électrocoagulation, sont également visibles et l'on n'y décèle aucun îlot épithélial.

Dans les limites de ces prélèvements, on peut donc conclure à l'existence d'un fibro-papillome vésical sans atypies et sans invasion profonde.

= JOL... Antoine, 75 ans.

Adénome, plus réaction inflammatoire.

10/1966 : Cystite, suivie d'une orchi-épididymite droite. Urines purulentes. T.R. : Prostate non augmentée de volume et peu indurée. P.A.T. : 24,09 UKA ; P.A.P. : 2,37 UKA.

Biopsie prostatique :

Ces cylindres biopsiques, de lisibilité parfaite, ne sont le siège d'aucun foyer tumoral.

Certains d'entre eux sont constitués uniquement d'éléments du stroma conjonctivo-musculaire, sans sclérose, mais avec parfois présence de quelques petits infiltrats inflammatoires lymphocytaires.

D'autres comportent des éléments acineux légèrement hyperplasiques, sans aucune atypie épitéliale.

Dans les limites de ce prélèvement, l'aspect histologique est donc uniquement en faveur d'une hyperplasie adénomateuse à remaniement inflammatoire sporadique, fait qui, bien entendu, ne permet absolument pas d'infirmer l'existence d'un adéno-carcinome éventuel qui aurait pu ne pas être intéressé par la prise biopsique.

= LER... Henri, 78 ans.

Adénomectomie en 1953.
Douleur du flanc gauche à topographie rénale.
Pollakiurie. T.R. : coque prostatique restant très dure.

Biopsie prostatique :

Ces deux petits fragments biopsiques ne comportent aucun foyer tumoral ; ils sont constitués de plages de stroma conjonctivo-musculaire lisse, légèrement sclérosées, sans infiltration cellulaire inflammatoire. Sur l'un des fragments, quelques petits acini non dilatés sont visibles, bordés par un revêtement strictement normal.

Aucune suspicion de malignité dans les limites des fragments étudiés.

= RAM..., 74 ans.

Pollakiurie et dysurie. T.R. : prostate un peu augmentée de volume et dure, très suspecte. P.A.T. : 1,65 UKA ; P.A.P. : 0,16 UKA.

Biopsie prostatique :

Les deux petits fragments étudiés, assez nota-

blement dilacérés par le prélèvement, ne comportent aucun foyer tumoral. Ils sont, en effet, constitués d'un parenchyme prostatique de structure normale, sans hyperplasie ni kystisation glandulaire.

La seule anomalie, d'ailleurs manifeste, consiste en la présence dans le stroma, et plus spécialement autour des glandes, d'assez nombreux infiltrats inflammatoires comportant, entre autres cellules, d'assez nombreux éosinophiles.

On ne constate, par ailleurs, aucune image polyadénoïde suspecte.

Cet aspect histologique suggère, par conséquent, uniquement l'existence de phénomènes inflammatoires développés aux dépens d'une glande probablement adénomateuse (ce dernier point ne pouvant être précisé ici, dans les limites du prélèvement).

Dans un dernier groupe de résultats de ponction histologiquement bénins, se sont surajoutés divers éléments en faveur des lésions inflammatoires diverses ; nous pouvons citer :

= Un cas de prostatite granulomateuse où le diagnostic a été fait par la ponction-biopsie à l'aiguille.

TO... Pierre, 53 ans.

Dysurie. T.R. : prostate augmentée de volume, dure au niveau du lobe droit. Infection globale.

Biopsie prostatique :

Ce petit fragment de biopsie prostatique comporte deux zones juxtaposées :

- L'une d'entre elles est constituée de plages du stroma conjonctivo-musculaire au milieu desquelles ne s'aperçoivent que de très rares éléments acineux normaux et notamment non dilatés.

- L'autre zone est constituée d'une édification

granulomateuse nodulaire, riche en histiocytes et en fibroblastes, et comportant même parfois une discrète différenciation plasmodiale.

Cet aspect histologique amène ainsi à se demander si l'induration prostatique constatée cliniquement n'est pas à mettre sur le compte de phénomènes inflammatoires granulomateux (prostatite granulomateuse), mais ne permet évidemment pas d'éliminer la possibilité d'une lésion tumorale non intéressée par ce prélèvement très parcellaire.

= Un autre cas où la ponction a ramené du pus au lieu du tissu prostatique. En effet, il s'agissait d'une tuberculose épididymo-testiculaire :

OGE... René, 59 ans.

Dysurie. T.R. : prostate augmentée de volume et douloureuse.

Biopsie prostatique :

Ce petit cylindre prostatique n'est le siège d'aucun foyer tumoral. En revanche, en une zone existent plusieurs petits foyers conglomérés à centre nécrosé, entourés d'une large auréole d'histiocytes épithélioïdes avec une sertissure lymphoïde.

Malgré l'absence de cellules géantes, cet aspect histologique est donc très en faveur d'une infection spécifique tuberculoïde.

Dans les limites de ces petits fragments, il est impossible de décider formellement s'il s'agit d'une prostatite granulomateuse pseudo-tuberculeuse ou d'une authentique tuberculose ; mais c'est indiscutablement dans ce sens qu'il convient de diriger les investigations complémentaires, notamment bactériologiques.

= Un cas de prostatite :

PET... Jules, 62 ans.

Pas d'antécédents particuliers ni bacillaires.
Abcès péri-anaux depuis dix ans.
Douleur au niveau du sacrum et du coccyx.
T.R. très douloureux. P.A.T. : 2,80 UKA ; P.A.P. : 0,40 UKA.

Biopsie prostatique :

Les deux fragments prostatiques étudiés ne sont le siège d'aucun foyer tumoral ; peu dilacérés et aisément interprétables, ils sont abondamment peuplés de glandes dont le revêtement ne montre aucune atypie et, en particulier, aucun foyer de métaplasie malpighienne.

Le stroma conjonctivo-musculaire n'est pas scléro-sé, mais, sur l'un des fragments, est le siège d'une assez notable infiltration inflammatoire comportant notamment d'abondants polynucléaires.

Cet aspect histologique, qui comporte donc uniquement des manifestations inflammatoires, ne saurait toutefois exclure la possibilité d'un carcinome prostatique situé dans une zone non intéressée par le prélèvement.

= Dans trois cas, les malades ont été traités avant pour une tuberculose urinaire authentique.

BOUR... Louis, 42 ans.

Antécédents : Tuberculose génito-urinaire. Dysurie. T.R. : prostate irrégulière.

Biopsie prostatique :

Ces petits fragments biopsiques intéressent le parenchyme prostatique et sont assez abondamment peuplés d'acini glandulaires dispersés et non groupés en lobules.

Certains d'entre eux sont entourés d'une discrète auréole inflammatoire, faite d'éléments non spécifiques.

Le stroma conjonctivo-musculaire ne comporte

par ailleurs aucun remaniement inflammatoire et, notamment, aucun foyer nodulaire giganto-épithélioïde pouvant faire suspecter l'existence d'une tuberculose.

Au total, cet aspect histologique est peu anormal, les seules lésions constatées étant d'ordre inflammatoire non spécifique.

Ce fait ne peut, en aucun cas, autoriser cependant à éliminer l'existence d'une tuberculose, ce minime prélèvement ayant parfaitement pu intéresser une région non pourvue de lésions spécifiques.

SEA... Eugène, 53 ans.

Antécédents : tuberculose urinaire et néphrectomie. T.R. : prostate de volume normal, mais irrégulière.

Biopsie prostatique :

Ce cylindre prostatique, assez peu altéré par le prélèvement, ne comporte aucun foyer tumoral et aucun remaniement inflammatoire, notamment tuberculeux.

Les quelques lobules glandulaires qu'il contient sont normaux, ni hyperplasiques ni métaplasiques.

SAU... Roland, 40 ans.

Antécédents de néphrectomie pour tuberculose génito-urinaire. T.R. : prostate un peu augmentée de volume et indurée.

Biopsie prostatique :

Ce cylindre prostatique est constitué presque uniquement d'une plage de stroma conjonctivo-musculaire. Ce n'est qu'à l'une des extrémités que peuvent s'identifier deux ou trois acini dont le revêtement est strictement normal, sans aspect de métaplasie malpighienne ou polyadénoïde.

Il n'existe non plus aucun remaniement inflam-

matoire.

Au total, ce petit fragment prostatique apparaît dépourvu de toute altération morphologique.

Chapitre .

ANALYSE ET CRITIQUES DES RESULTATS OBTENUS DANS LES CAS DE CANCERS PROSTATIQUES HISTOLOGIQUEMENT CONFIRMES (54 cas)

Il s'agit là de cancers authentiques, dont la plupart ont été reconnus par la ponction-biopsie périnéale, et les autres par des prélèvements histologiques au cours de résections endoscopiques, de biopsies à ciel ouvert, d'opérations prostatiques transvésicales ou encore de biopsies sur des métastases.

D'ailleurs, beaucoup de malades ont été soumis à plusieurs contrôles histologiques par des procédés divers. Ce groupe est formé de 54 malades qui ont subi 56 biopsies périnéales ; ils seront classés suivant les caractères cliniques de la prostate tumorale.

A/- CANCERS PROSTATIQUES CLINIQUEMENT EVIDENTS.

Chez 18 malades, la prostate était de toute évidence cancéreuse ; elle était augmentée de volume, dure, irrégulière et sans limite précise à cause de l'infiltration.

Dans 14 cas, le prélèvement transpérinéal a

confirmé le diagnostic en ramenant des structures malignes. La moitié a fait l'objet de contrôle au cours de résections et d'opérations palliatives.

Exemples :

= LE B... René, 70 ans.

Rétention d'urine.

Prostatisme depuis plusieurs mois. Urée : 0,43g P.A.T. : 7,75 UKA ; P.A.P. : 6,3 UKA.

T.R. : Grosse prostate très dure avec un noyau au niveau du lobe gauche. Cliniquement, il s'agit d'un néo.

U.I.V. : Importante saillie prostatique régulière.

17-6-1966 : Biopsie de la prostate : Le cylindre biopsique présente une infiltration épithélioma-teuse faite d'éléments cubiques pauvres en atypie et en mitoses. Ils se disposent en formations glandulaires autour d'une lumière étroite ou virtuelle en dissociant le faisceau musculaire.

Conclusion : Il s'agit donc effectivement d'un adénocarcinome prostatique.

4-7-1966 : Soumis à un traitement d'oestrogène.

6-7-1966 : Rétention d'urine. On décide d'intervenir.

12-7-1966 : Clivage d'une hypertrophie prostatique par voie transvésicale.

Histologie : Epithélioma prostatique glandulaire et trabéculaire occupant un lobe. Les deux autres lobes sont adénomyomateux.

= LES... Pierre, 84 ans.

Troubles dysuriques intenses. P.A.T. : 11,88 UKA ; P.A.P. : 9,15 UKA.

T.R. : énorme infiltration irrégulière de la région prostatique, saillante sous la muqueuse rectale.

Nature néoplasique certaine.

Ponction-biopsie : Les deux cylindres biopsiques sont le siège d'une diffusion adéno-carcinomateuse évidente, faite d'éléments glanduliformes ou trabéculaires constitués de cellules à cytoplasme chromophile.

Il s'agit, au total, d'un adéno-carcinome prostatique. Variété tumorale dont on peut escompter l'hormono-dépendance.

Par contre, dans 4 cas, le résultat de la biopsie périnéale a été une erreur, l'étude du copeau n'ayant pas montré d'image de malignité, alors que celle-ci a été affirmée plus tard. Voici ces observations :

= BRI... Henri, 63 ans.

Depuis plusieurs jours, miction un peu fréquente : 1 à 2 fois par nuit. Réduction du jet. Depuis trois semaines, la pollakiurie est devenue plus importante : 5 à 6 fois par nuit, et la dysurie s'est aggravée. T.R. : prostate augmentée de volume et nettement indurée, surtout près de son sommet.

10-12-1965 : Biopsie de la prostate. Il s'agit ici d'une structure musculo-glanduleuse, compatible avec un adénomyome bénin. Pas de signe de malignité.

11-7-1966 : Reprise de la dysurie. T.R. : prostate augmentée de volume, irrégulière, très ferme.

22-7-1966 : Intervention : clivage d'une hypertrophie prostatique de 27 g. Dans le plan de clivage, il existe un petit calcul que l'on retire.

Histologie : Adéno-carcinome.

= ALL... Laurent, 75 ans.

Syndrome de prostatisme depuis plusieurs années.

Rétention. Urée : 0,50 g ; P.A.T. : 4,45 UKA ; P.A.P. : 1,65 UKA.

T.R. : Prostate cancéreuse évidente.

12-10-1965 :

1°)- Biopsie de la prostate.

Histologie : L'examen histologique sur de petits fragments prélevés par biopsie périnéale ne permet pas de constater un foyer tumoral, mais uniquement une infiltration inflammatoire subaiguë.

2°)- Résection endoscopique.

Les nombreux copeaux de résection prostatique permettent d'affirmer qu'il s'agit ici d'un adéno-carcinome prostatique différencié, variété morphologique, en principe sensible à l'action des oestrogènes.

= BAR... Joseph, 71 ans.

Pollakiurie et rétention.

Urée : 1,20 g. P.A.T. : 1,8 UKA ; P.A.P. : 0,9 UKA.

TR : Prostate augmentée de volume, mais surtout irrégulière et dure, avec une infiltration dépassant la glande. Néo certain.

10-5-1965 : Ponction-biopsie.

Histologie : Image compatible avec un adéno-myome prostatique bénin, accompagné d'une inflammation subaiguë. Aucun indice de malignité dans la limite de ces fragments.

16-10-1965 : Etant donné la progression de l'urée et le peu d'amélioration du traitement médical, on décide d'intervenir.

Intervention : Enucléation difficile d'un adénome prostatique de 60 g.

Histologie : Epithélioma glandulaire anaplasique très infiltrant.

= COU... Eugène, 85 ans ½.

Dysurie depuis plusieurs années. Depuis trois mois, pollakiurie et dysurie. Rétention aiguë.
P.A.T. : 2,30 UKA ; P.A.P. : 0,49 UKA.
T.R. : Prostate dans l'ensemble notablement augmentée de volume, mais sa consistance la rend très suspecte de néo.

25-5-1963 : Biopsie de la prostate.

Histologie : Ces petits fragments prostatiques ne comportent aucun foyer tumoral. Ils sont uniquement constitués de plages et de stroma conjonctivo-musculaire, sans remaniement inflammatoire, et dans lesquels se disséminent quelques éléments glandulaires normaux.

6-6-1963 : Intervention par voie transvésicale.

Histologie : Aspect typique d'un adéno-carcinome prostatique.

Il convient d'ajouter que si ces biopsies peuvent paraître superflues, étant donné l'évidence du diagnostic, elles ont surtout été faites au moment de la mise au point de la méthode, et ceci peut expliquer certains échecs. Néanmoins, elles ont un certain intérêt, car les caractères de la prostate peuvent évoluer de telle façon après le traitement, que le diagnostic deviendrait douteux si on ne possédait pas une certitude histologique initiale.

Exemple :

= Mr. BL..., 66 ans.

Antécédents de tuberculose pulmonaire. Rétention d'urine. T.R. : prostate augmentée de volume, irrégulière, dure et infiltrée. Diagnostic clinique : cancer évident.

Biopsie prostatique périnéale : Adéno-carcinome

différencié. U.I.V. : Pyélogramme normaux, saillie prostatique irrégulière. Traitement oestrogénique et suivi pendant 18 mois. Miction satisfaisante et prostate de volume subnormal, un peu irrégulière, dont les caractères ne permettent pas de porter le diagnostic de cancer.

B/- PROSTATES DITES "SUSPECTES".

Pour ces cas, les difficultés de prélèvement dépendent de la grosseur de la glande pathologique.

Dans ce premier groupe de 19 cas, la prostate est notablement augmentée de volume ; sa consistance et sa surface font craindre un cancer, mais le diagnostic ne peut être affirmé de façon formelle. Ce sont les grosses prostates, dures cliniquement, assez difficiles à classer et pour lesquelles les avis de plusieurs cliniciens peuvent diverger.

Pour deux d'entre elles, il a fallu répéter le prélèvement pour arriver au diagnostic.

Exemple :

= GAS... Jean, 57 ans.

Lombalgie au niveau de L1. Troubles urinaires depuis quelques années. Depuis 3 mois : pollakiurie et dysurie.

P.A.T. : 7,5 UKA ; P.A.P. : 0,6 UKA.

T.R. : Prostate augmentée de volume, indurée et irrégulière.

28-1-1961 : Ponction-biopsie.

Histologie : Aspect assez suspect, mais les altérations artificielles en rendent l'interprétation difficile et ne permettent aucune conclusion formelle. Malade soumis à un traitement médical.

2-4-1962 : Ponction-biopsie.

Histologie : Aspect histologique suffisamment caractéristique pour permettre de conclure sans aucune équivoque à l'existence d'un carcinome prostatique différencié.

Dans ces 19 cas, la biopsie prostatique a fourni 17 résultats affirmant la malignité, dont 9 ont été contrôlés par d'autres méthodes.

Exemple :

= POI... Henri, 73 ans.

Rétention aiguë. Phosphatases augmentées.
T.R. : Prostate dure, suspecte.

8-11-1962 : Ponction-biopsie.

Histologie : L'aspect histologique permet de conclure qu'il s'agit ici d'un adéno-carcinome prostatique, différencié ; variété morphologique, en principe, sensible aux oestrogènes.

20-1-1962 : Résection endoscopique.

Histologie : Même aspect histologique que l'examen précédent.

= BES... Emile, 68 ans.

Quelques gouttes de sang au début des mictions. Pollakiurie nocturne avec dysurie.
Urée : 0,37 g ; P.A.T. : 2,47 UKA ; P.A.P. : 0,50 UKA.
T.R.: Prostate augmentée de volume, régulière et dure; en un mot, suspecte d'épithélioma.

14-9-1966 : Ponction-biopsie.

Histologie : Si la nature maligne et carcinomateuse de cette tumeur est évidente et s'il est possible qu'elle corresponde à une variété

d'adéno-carcinome prostatique, hypothèse qui paraît d'ailleurs la plus plausible, son anaplasie même empêche d'être formel à cet égard, et en particulier d'éliminer une extension intra-prostatique d'un carcinome vésical. Quoi qu'il en soit, la nature épithéliomateuse de cette tumeur est certaine.

= DE LA F... Georges, 77 ans.

Pollakiurie nocturne. Urine trouble.
Urée : 0,65 g. P.A.T. : 2,10 UKA ; P.A.P.: 0,44.
T.R. : Prostate nettement augmentée de volume, dont les deux lobes sont indurés, suspects de néo.

27-5-1965 : Ponction-biopsie.

Histologie : Adéno-carcinome différencié prostatique, variété morphologique en principe sensible à l'action des substances oestrogéniques.

19-8-1965 : Résection endoscopique.

Histologie : Les caractères sont du même type que ceux du précédent examen et permettent de confirmer le diagnostic d'adéno-carcinome de la prostate.

Par contre, dans un cas, le résultat est douteux, et dans un autre, il est erroné.

= BOI... René, 81 ans.

Prostatisme depuis 2 ans. Phosphatases augmentées.
T.R. : Prostate augmentée de volume avec induration du lobe droit.
Radio : nodules de condensation osseuse de l'aileron iliaque et du fond du cotyle.
Diagnostic : néoplasme prostatique probable, sans qu'on puisse affirmer le diagnostic.

Ponction-biopsie de la prostate : Il s'agit donc d'une zone reflétant probablement un carcinome prostatique ; cependant, vu l'exiguïté de la lésion, il serait souhaitable, avant de soumettre à une thérapeutique hormonale, de faire un autre prélèvement afin d'affirmer avec certitude la nature épithéliomateuse de cette lésion.

= SAL..., 55 ans.

Douleur et oedème du membre inférieur gauche.
T.R. : Prostate augmentée de volume avec infiltration du lobe gauche.
Biopsie à ciel ouvert conclut à un épithélioma. Oestrogènes pendant 5 ans ; aussi amélioration des signes locaux.

Biopsie prostatique périnéale : Les deux fragments étudiés histologiquement ne comportent aucun élément prostatique glandulaire et sont uniquement constitués de faisceaux musculaires lisses, séparés les uns des autres par des travées fibreuses dépourvues d'éléments inflammatoires.

Il semble s'agir, ici, uniquement d'éléments périprostatiques normaux, n'autorisant, de ce fait, aucune conclusion diagnostique.

Dans un second groupe de 12 observations, la prostate à peine augmentée de volume offre à l'examen un ou plusieurs petits nodules évoquant un cancer, sans que la certitude puisse être affirmée. C'est dans ce groupe que le prélèvement est le plus difficile et expose aux erreurs les plus fréquentes. Aussi, chez 12 malades, 6 fois seulement la ponction biopsie permet le diagnostic de cancer, tandis que, dans un nombre égal de cas, le prélèvement ne montre aucun aspect de malignité, alors que celui-ci fut prouvé par d'autres méthodes.

Voici quelques exemples caractéristiques :

= COU... François, 80 ans (Résultat exact).

Prostatisme depuis plusieurs années.
Rétention aiguë d'urines. P.A.T. : 2,47 UKA ; P.A.P. : 0,33 UKA.
T.R. : Prostate un peu augmentée de volume, mais présente au niveau du lobe droit un nodule saillant très dur.

Ponction-biopsie.

Histologie : Aspect typique d'un adéno-carcinome.

Résection endoscopique.

Même aspect histologique.

= SAL..., 69 ans. (Résultat exact).

Prostatisme.
T.R. : Prostate à peine augmentée de volume, avec seulement un noyau très dur dans le lobe gauche.

Biopsie par ponction.

Epithélioma glandulaire et adénoïde.

= DES... Hubert, 72 ans.

Pollakiurie, dysurie.
Urée : 0,51 g ; P.A.T. : 7 UKA ; P.A.P. : 5,75 UKA.
T.R. : Prostate un peu augmentée de volume, mais surtout indurée, avec des prolongements vers la corne prostatique et un petit nodule gauche.

21-10-1962 : Ponction-biopsie.
Les petits fragments étudiés ne sont le siège d'aucun foyer tumoral ; il s'agit uniquement de lambeau conjonctivo-musculaire n'hébergeant aucun élément glandulaire et, par ailleurs, dépourvu de remaniement inflammatoire.

21-11-1963 : Biopsie ganglionnaire cervicale gauche.

Histologie : On peut conclure ici à l'existence d'une métastase ganglionnaire d'un carcinome prostatique que son caractère topographique empêche de mettre en évidence par la méthode biopsique.

= MAN... Louis, 60 ans. (Echec)

Dysurie et pollakiurie. P.A.T. : 2,80 UKA ; P.A.P. : 0,33 UKA.

T.R. : Prostate très dure avec des noyaux suspects.

21-2-1962 : Ponction-biopsie.

Histologie : Les trois petits cylindres prostatiques étudiés histologiquement ne comportent aucun élément tumoral.

27-2-1962 : Intervention à cause des résultats de la biopsie. Ablation d'une petite masse intra-cervicale.

Histologie : Il s'agit ici, de toute évidence, d'un adéno-carcinome prostatique différencié, tumeur en principe sensible à l'action des substances oestrogènes.

= HUG... Auguste, 64 ans. (Echec)

Rétention aiguë. P.A.T. : 2,06 UKA ; P.A.P. : 0,33 UKA.

T.R. : grosse prostate irrégulière, éminemment suspecte.

23-1-1962 : Ponction-biopsie.

Histologie : Les deux petits cylindres prostatiques étudiés, assez altérés par le prélèvement, ne comportent que des éléments acineux normaux contenant parfois de volumineux sympexions.

Biopsie : au niveau d'une fracture spontanée.

Histologie : Il paraît ici impossible de formuler, sur le plan purement histologique, une opinion

quant à l'origine de cette métastase ; la morphologie en est, en effet, compatible avec de multiples localisations primitives et en particulier prostatiques.

C/- A CET ENSEMBLE DE CANCERS PROSTATIQUES, QUELQUES CAS PARTICULIERS SONT A AJOUTER :

= 2 observations, dans lesquelles le cancer s'est manifesté comme une prostatite subaiguë ; dans le premier, la ponction-biopsie n'a pas reconnu le cancer ; dans l'autre, le résultat est incertain, mais suspect.

BOU... René, 42 ans.

Cystite. Pollakiurie nocturne. P.A.T. : 1,65 UKA ; P.A.P. : 0,33 UKA.

T.R. : Prostate augmentée de volume, particulièrement au niveau du lobe gauche ; aspect gros, douloureux, irrégulier et d'aspect inflammatoire.

2-6-1962 : Ponction-biopsie.

Histologie : Ces deux petits fragments prostatiques, assez dilacérés, ne comportent aucun élément tumoral et sont essentiellement constitués d'un tissu conjonctivo-musculaire où circule un très volumineux vaisseau.

6-6-1962 : Intervention par voie transvésicale, énucléation de deux petits lobes sans ouvrir de cavité purulente.

Histologie : Il s'agit d'un carcinome prostatique, alvéolaire et nécrotique ; sa morphologie un peu particulière est à mettre probablement en parallèle avec l'absence de manifestation sécrétoire biologique appréciable.

FLEU... Paul, 60 ans.

Prostatisme discret. P.A.T. : 1,98 UKA ; P.A.P. : 0,38 UKA. Fièvre.
T.R. : Grosse prostate douloureuse.

Ponction-biopsie : Epithélioma prostatique glandulaire, accompagné d'une prostatite folliculaire.

= Dans 3 autres observations, la ponction-biopsie a porté sur la coque résultant d'une adénomectomie ancienne, et, chez 2 de ces malades, le cancer a pu être affirmé. Chez le troisième, le prélèvement est incertain.

BAU... Emile.

Faux besoins et rectorragies.
P.A.T. : 2,64 UKA ; P.A.P. : 0,7 UKA.
T.R. : Grosse prostate ferme et lobulée.

16-7-1963 : Ablation d'un volumineux adénome.

Histologie : Hyperplasie adénomateuse.

12-11-1964 : Pollakiurie et pyurie.
T.R. : Coque prostatique indurée.

7-11-1964 : Ponction-biopsie.

Histologie : Adéno-carcinome prostatique développé au niveau de la coque prostatique.

CAS... Yves, 82 ans.

Ancien lithiasique avec crises de coliques néphrétiques. Rétention aiguë.
T.R. : Gros adénome prostatique. Phosphatase acide : 1,92 unité Plumel.

28-8-1960 : Ablation d'un adénome prostatique.

Histologie : Image histologique typique d'un adénome prostatique sans signe de malignité ni d'infection.

18-4-1964 : Dysurie.
T.R. : Coque indurée. Ponction-biopsie de la coque prostatique.

Histologie : Adéno-carcinome différencié à cellules chromophiles. Le stroma apparaît assez scléro sé sans remaniement inflammatoire.

DOL... Louis, 66 ans.

Depuis un an, prostatisme. Rétention aiguë. P.A.T. : 1,9 UKA ; P.A.P. : 0,43 UKA.
T.R. : Gros adénome.

27-9-1960 : Ablation en un temps d'un très volumineux adénome prostatique.

Histologie : La structure générale de cette tumeur et la distribution des éléments glandulaires dans le stroma conjonctivo-musculaire de la glande sont plus en faveur d'un adénome de type tubuleux, très proliférant, que d'un carcinome. Il faut cependant faire des réserves pronostiques, car certains carcinomes prostatiques sont très différenciés, très typiques du point de vue cellulaire et sans aucune anomalie nucléaire.

30-11-1963 : Discrète hématurie.
T.R. : Coque prostatique un peu grosse et indurée à sa partie droite, mais régulière.

18-1-1964 : Ponction-biopsie de la coque.

Histologie : Il existe ici une très forte présomption de cancer qu'il convient d'étayer par des examens biologiques, mais qui peut, à elle seule, très certainement légitimer un traitement oestrogénique.

+
+ +

Quelques remarques se dégagent de l'étude de ce groupe de 54 cancers prostatiques authentiques.

1°)- La biopsie par ponction périnéale a permis de confirmer le diagnostic de malignité, dans 39 cas (72 %).

2°)- Le pourcentage de résultats exacts varie suivant les caractères de la glande : il est ramené à 50 % pour les prostates cancéreuses de petites tailles et pour les nodules cancéreux. Ces chiffres sont voisins de ceux concernant l'exactitude du toucher rectal, avec cette différence, cependant, que, pour un cas donné, l'examen clinique n'apportera qu'une probabilité, tandis que la biopsie donne la certitude.

3°)- Ces chiffres montrent l'intérêt de la biopsie par ponction périnéale, tout en admettant qu'ils sont probablement optimistes, car un certain nombre de cancers ont dû échapper à nos investigations et ont été classés dans les prostates bénignes, quand la biopsie et les autres méthodes n'ont ramené aucune structure maligne.

4°)- Enfin, dans 3 cas, la biopsie prostatique a affirmé le cancer prostatique, alors que la résection endoscopique n'a ramené que des tissus de nature bénigne.

AUB... Louis, 65 ans.

Dysurie et diminution du jet. P.A.T. : 2,2 UKA ; P.A.P. : 0,7 UKA.

T.R. : Prostate un peu augmentée de volume, mais de consistance nettement indurée dans ses deux lobes.

Résection endoscopique.

Histologie : Les copeaux de résection ne sont, quant à eux, le siège d'aucun foyer tumoral.

Ponction-biopsie.

Histologie : Image de prolifération tumorale adéno-carcinomateuse, formant assez fréquemment des images polyadénoïdes.

DAB... Victor, 76 ans.

Prostatisme.
T.R. : Prostate augmentée de volume.

Résection endoscopique.
Histologie : Aucun des copeaux n'est le siège de foyer tumoral ; l'image actuelle n'est donc qu'en faveur d'une hyperplasie banale.

Ponction-biopsie.
Histologie : Les 4 cylindres prostatiques étudiés sont le siège d'une diffusion tumorale adéno-carcinomateuse constituée d'éléments micro-glandulaires ou parfois trabéculaires à cytoplasme peu chromophile centré par un volumineux noyau turgide et nucléolé.

VID... Victor, 68 ans.

Dysurie. P.A.T. : 2,60 UKA ; P.A.P. : 0,33 UKA.
T.R. : Prospate à peine augmentée de volume, mais indurée.

4-2-1964 : Résection endoscopique.
Histologie : Aspect histologique paraît uniquement en faveur d'une hyperplasie adénomateuse. Aucune suspicion de malignité dans les limites des fragments étudiés.

16-11-1965 : Dysurie importance avec pollakiurie. T.R. : Prostate augmentée de volume, irrégulière, cliniquement néoplasique.

Ponction-biopsie.
Histologie : Image typique d'un adéno-carcinome prostatique différencié, variété morphologique, en principe hormono-dépendante.

C O N C L U S I O N S

Comme tous les prélèvements transcutanés des organes profonds, la biopsie prostatique par ponction périnéale connaît des échecs d'ordres divers, et finalement elle n'a de valeur que lorsqu'elle a extrait des fragments de structure nettement spécifique, cancéreuse en particulier. Il faut rappeler, d'ailleurs, que la comparaison entre les tissus prélevés par cette méthode et les lésions contenues dans la prostate pathologique étudiée connaî des difficultés, notamment quand le copeau biopsique est de nature bénigne et que l'état du malade n'impose aucune intervention complémentaire ; celle-ci, d'ailleurs, qu'elle soit une résection ou une opération, laissera toujours planer un doute sur l'état de la glande restante. Dans ces conditions, il est inévitable qu'un certain nombre de cancers échappent aux investigations, puisqu'ils ne pourraient être reconnus que par une longue surveillance (que le grand âge des malades limite souvent) ou encore par l'examen anatomique de la totalité de la prostate au cours d'autopsies.

Malgré ces insuffisances, la biopsie par ponction périnéale est un élément intéressant dans le diagnostic du cancer de la prostate et même dans celui de certains processus pathologiques de la glande.

En pratique, les services qu'elle peut rendre sont les suivants :

1°)- Confirmer la nature maligne d'une prostate cliniquement cancéreuse. Elle fournit aussi un document indispensable pour la surveillance et l'évolution de la maladie, en particulier quand les caractères cliniques de la prostate tumorale se seront modifiés de telle façon, sous l'influence du traitement, que le doute d'une erreur diagnostique surviendra et, avec lui, la tentation d'arrêter les oestrogènes. Dans l'ensemble des cancers, l'expérience acquise montre que la ponction-biopsie périnéale confirme le diagnostic dans 80 % des cas.

D'autre part, la méthode proposée peut préciser la variété histologique du cancer et aider ainsi à porter un pronostic. Enfin, rappelons que plusieurs biopsies successives, faites au cours de l'évolution de cancers traités, ont montré que, malgré l'amélioration clinique, les aspects histologiques de malignité ne se modifiaient guère.

2°)- Faire redresser un diagnostic de malignité porté à tort sur des caractères cliniques d'induration ou d'irrégularités, alors qu'il ne s'agit que de lésions infectieuses ou infarcissantes. Cinq de nos observations en apportent des exemples.

3°)- Préciser, dans la mesure du possible, la nature des prostates dites "suspectes" pour lesquelles le clinicien hésite à affirmer leur bénignité ou leur malignité.

Pour ce type de prostates, s'il s'agit de cancer encore peu infiltrant ou nodulaire, la biopsie viendra affirmer un diagnostic impossible à faire par un autre moyen simple, et ceci dans la moitié ou les trois-quarts des cas selon le volume de la lésion maligne.

D'autres fois, le prélèvement obtenu dans ces prostates suspectes montre des lésions spécifiques de prostatite ou même ramène du pus ; le diagnostic peut être alors accepté sans réserves, car il est logique de penser qu'il explique à lui seul la symptomatologie.

Mais, par contre, si le copeau biopsique est fait de tissu prostatique normal ou hyperplasié, il est impossible d'aboutir à une conclusion formelle et d'éliminer un cancer. La biopsie, cependant, a assez de valeur, malgré les doutes cliniques, pour réserver le diagnostic de malignité et surseoir au traitement oestrogénique jusqu'à ce que l'évolution ou de nouvelles études histologiques éclairent le cas dans un sens précis.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. ROCHE

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

G. BROUET

Le Président
de la thèse,

P. ABOULKER

B I B L I O G R A P H I E

1- ABOULKER P., NOUVO V., WETTER, WALD F. et CHOME J.- Diagnostic du cancer de la prostate par la méthode des frottis.- J. Urologie, Sept. 1962, N° 9, 785-800.

2- ARDUINO L.J. et MURPHY F.J.- Cancer de la prostate : emploi de l'aiguille de Franseen pour biopsie prostatique périnéale.- J. of Urol., Mai 1963, 89, N° 5, 760-766.

3- BERNSTEIN L.- Expérience acquise dans le diagnostic précoce du cancer de la prostate.- Revue Argentine d'Urol., Jan.-Août 1960, 29, N° 1,8, 67-71.

4- BILGER.- Lyon Ch., 1956, 2, T. 2, P. 70.
J. d'Urologie, N° 6, T. 58, 1950.

5- BIANCHI F.- Avantages pratiques de la biopsie périnéale de la prostate.- J. of Urology, Vol. 67, N° 5, 1956, 645.

6- BURKHOLDER G.V. and KAUFMAN J.J.- Inoculation locale d'un cancer prostatique après biopsie percutanée.- J. of Urol., Juin 1966, Vol. 95, p. 801.

7- DARGET R.- Le cancer de la prostate ; son diagnostic et son traitement : radium-thérapique.-

Mésson, édit., Paris, 1958.

8- FORTUNOFF S.T.- Biopsie à l'aiguille de la prostate.- J. of Urol., Février 1962, Nº 3, 159.

9- FRANZENS, GIERTZ et RAJICEK J.- Diagnostic cytologique des tumeurs de la prostate par biopsie trans-rectale. Article préliminaire.- Brit. J. Urol., Juin 1960, 32, Nº 2, 193-196, 15 fig.-

10- GAYET R., CALVANNE F. et BRETIER J.- Valeur et intérêt de la cytologie urinaire en pathologie urinaire.- J. d'Urologie, 1960, T. 66, 504.

11- GOLMAN E.J. et SAMELAS W.- Extension locale d'un cancer de la prostate à la suite d'une ponction-biopsie.- J. of Urol., Oct. 1960, 84, Nº 4, 575-576.

12- GUILLEMIN A. et GUILLEMIN P.- Ponction-biopsie de la prostate par voie transrectale.- J. d'Urologie, 1956, T. 62, 496.

13- HUGH J. et JENETE - Signification d'un nodule prostatique palpable.- J.A.M.A., Mars 10 vol., 160, 1958, 838.

14- KAUFMAN J.J. et SCHULTZ J.L.- Biopsie de la prostate à l'aiguille.- J. of Urol., 1962, 87,Nº2, 164.

15- KURTZ C.W. et WALK W.- Les limites de la détermination de la phosphatase acide prostatique.

16--MELICOW M.M.- Cancer de la prostate. Intérêt du diagnostic histologique.- J. of Urol., Juin 1966, vol. 95, p. 791.

17- MILLES THOMLEY W., JAMES B., JAMISON et ANSEL DERRICK W.- Rôle de la ponction-biopsie périnéale à l'emporte-pièce dans le diagnostic et le traitement du cancer de la prostate.- J. of Urol., vol. 83, N° 3, Mars 1960.

18- MIMPRISS T.W.- Diagnostic du cancer de la prostate. (Technique de biopsie).- Brit. J. of Urol., Juin 1961, N° 2, 167-170.

19- PARRY W.L. and FINELLI J.F.- Biopsie de la prostate.- J. of Urol., 1960, 84, 643.

20- ROMELLE A.- Diagnostic clinique du cancer de la prostate.- Gaz. Hôp., 31 Déc. 1957, N° 38, 1283-1285.

21- RUCKER J.R. et SLIMMAN W.G.- Statistique de biopsie périnéale.- J. of Urol., T. 67, N° 5,1959, 709.

22- SIKA J.V. et LINDQUIST H.D.- Rapport entre le diagnostic par biopsie à l'aiguille de la prostate et les signes cliniques du cancer de la prostate.- J. of Urol., Mai 1963, 89, N° 5, 737-745.

23- THACKSON L.P., PRICE N.C. et THACKSON L.P. Jr.- Diagnostic et traitement du cancer de la prostate et quelques suggestions pratiques.- J. Internat. Coll. Surgeons, Sept. 1961, 36, N° 3, 315-322.

24- THOMLEY M.W., JAMISON et DERRIK - Rôle de la biopsie à l'emporte-pièce dans le diagnostic et le traitement du cancer de la prostate.- J. of Urol., Mars 1960, 83, N° 3, 305-307.

25- WENDEL R.G. and EVANS A.T.- Complications de la

biopsie par ponction de la prostate.- J. of Urol., Janvier 1967, Vol. 97, p. 122.

26- WOJEWSKI - La biopsie comme méthode de diagnostic dans le cancer de la prostate.- Polski Tygod. Lek., 1[illegible] Avril 1961, 16, N° 15, 546-552, 2 fig.-

27- WOJEWSKI A.- L'évolution des méthodes de diagnostic du cancer de la prostate.- Urologia Internat. 1962, 14, N° 3, 140-15, 9, 10 fig.-